N° 71 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES TUBO-OVARIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1903

PAR

Fernand BEIS

Né à Gigean (Hérault), le 2 mai 1876.

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM MAIRET (✻) ..... Doyen
FORGUE ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Chargé du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS E. (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT Léon, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.
RAUZIER.
MOITESSIER.
DE ROUVILLE.
PUECH.

MM. VALLOIS.
MOURET.
GALAVIELLE.
RAYMOND.
VIRES.

MM. L. IMBERT.
VEDEL.
JEANBRAU.
POUJOL.

M. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur.

MM. MOURET, Agrégé.
JEANBRAU, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Ce modeste travail, nous le dédions à nos Parents, à nos Amis, à nos Maîtres.

F. B.

Notre maître, le professeur Tédenat, a bien voulu nous proposer, comme sujet de thèse inaugurale, une étude sur les kystes tubo-ovariens. Les difficultés d'un pareil sujet, peu étudié en France, nous auraient paru insurmontables et nous aurions peut-être hésité à vous présenter ce travail, si les observations que nous a confiées notre président et les conseils qu'il nous a donnés n'étaient venus éclairer nos recherches et guider notre inexpérience. Nous lui en témoignons, ici, notre profonde gratitude.

Cette étude comprendra un chapitre sur :

1° L'historique ;

2° L'anatomie pathologique ;

3° La pathogénie, chapitre le plus important qui nous a demandé le plus de recherches pénibles ;

4° La symptomatologie, le diagnostic et le traitement;

5° Les conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES TUBO-OVARIENS

HISTORIQUE

1° Jusqu'en 1853, date des premiers travaux de Richard, on ne peut trouver dans la littérature médicale que de rares observations publiées sous des noms divers, mais qui semblent se rattacher en réalité à des kystes tubo-ovariens. « Je n'ai rencontré nulle part, écrit Richard en 1853, si ce n'est dans une ligne tout à fait isolée de Morgagni, que d'autres aient vu ou signalé avant moi, le point qui fait l'objet de ce travail, sur les kystes tubo-ovariens. Dans l'atlas de l'excellent ouvrage de Mme Boivin et Dugès, on trouve deux figures qui doivent certainement appartenir à la même classe que que je vais décrire. Mais la dissection n'a pas été faite, la communication entre la trompe et l'ovaire n'a point été reconnue et celà passe dans l'ouvrage pour des hydropisies de la trompe, analogues à celles dont les auteurs précédents avaient parlé. » Et dans le même Mémoire, Richard dit encore : « Dans la 38e lettre sur l'hydropisie, Morgagni, après

avoir cité assez obscurément des cas de kyste de la trompe et de l'ovaire, ajoute : « Je ne puis omettre l'observation de Sponius. Il s'agit d'un kyste qui, bien isolé des viscères environnants, se continuait avec la trompe et communiquait avec la cavité de l'utérus, de telle sorte qu'il s'écoulait constamment, des parties génitales de la malade, un peu de sérosité analogue à celle dont le sac lui-même contenait 140 livres. »

Peut-être s'agit-il d'un kyste tubo-ovarien, dans l'observation de Meckren, qui trouva: « Un sac formé par l'allongement de la trompe droite, avec disparition de l'ovaire. » (Chambon. — *De l'hydropisie des ovaires*).

Et n'est-ce pas encore un véritable kyste tubo-ovarien, avec un commencement d'explication, que rapporte Chambon, dans son chapitre *sur l'hydropisie des trompes :* « . . . . car lorsqu'une inflammation unit le pavillon des trompes aux ovaires, ceux-ci étant attaqués de l'engorgement inflammatoire, on a trouvé le foyer purulent dans l'ovaire, et le pus avait suivi le trajet des trompes pour se rendre dans l'utérus.

J'ai vu chez une de mes parentes que la compression exercée sur l'ovaire donnait lieu à l'écoulement dont j'ai parlé.»

Blasius, enfin, en 1834, publie, sous le titre d'hydropisie des ovaires, une observation nette de kyste tubo-ovarien que nous rapportons à la fin de notre travail.

2° Mais c'est en 1853 que Richard fit paraître sur ce sujet la première communication précise dans les *Mémoires de la Société de Chirurgie*. Il y décrit quatre tumeurs kystiques formées, en partie par la trompe, en partie par l'ovaire, sous le nom de kystes tubo-ovariens, créé et employé par lui, pour la première fois ; et il essaye en même temps d'en expliquer la pathogénie. Dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* (1857), il revient sur le même sujet pour confir-

mer ce qu'il en a déjà dit. La même année, dans le *Bulletin général de Thérapeutique,* il apporte deux nouvelles observations où les malades voyaient diminuer leur tumeur lorsqu'un écoulement apparaissait, signe qu'il croyait, à tort, pathognomonique des kystes tubo-ovariens.

Depuis cette époque, un certain nombre de travaux importants ont été publiés sur les kystes tubo-ovariens ; mais il est juste de reconnaître que cette question, qui a pris naissance en France, y a été à peu près délaissée, sinon oubliée. Elle a été, en effet, surtout l'objet d'études nombreuses et approfondies à l'étranger, notamment en Allemagne, en Amérique et en Angleterre.

En Allemagne, nous trouvons les travaux de : Rokitansky (1859), Veit (1870), Burnier (1880), Olshausen (1886), Schramm (1890), Rosthorn (1891), Gottschalk (1891), Zahn (1898), Orthmann (1899), Nassaüer (1900), Preiser en 1901 et les thèses de Beaucamp (1854), Reboul (1885), Lober (1885), Wachsmuth (1885), Hoos (1902).

En Amérique et en Angleterre, il nous faut citer : Robinson (1891), Beahan (1900), Spencer Wells (1883), Griffith (1887) et Cullen (1895).

Cœlho, en 1901, a fait paraître dans la *Médecine contemporaine de Lisbonne,* une étude sur la pathogénie des kystes tubo-ovariens.

En France, nous ne pouvons que mentionner l'étude complète et sérieuse qu'en a faite Cabaniols en 1900 ; nous avouerons que ce travail nous a souvent permis de nous diriger dans nos recherches bibliographiques et nous a précieusement servi dans l'élaboration du plan de notre thèse.

Cependant, nous ne devons pas oublier de citer, comme s'étant encore spécialement occupés de la question, chez nous : Labbé (1857), Letenneur (1859), Bauchet (1859), Ter-

rillon (1888), Pozzi (*Traité de gynécologie 1897*). Labadie-Lagrave et Legueu, dans leur *Traité médico-chirurgical de Gynécologie,* ont consacré, eux aussi, quelques lignes aux kystes tubo-ovariens (1901).

Tels sont les auteurs que nous avons le plus souvent rencontrés ; nous exposerons les théories que la plupart d'entr'eux ont émises sur les kystes tubo-ovariens, à la place qui leur est assignée dans cet ouvrage.

DÉFINITION

Nous appellerons kyste tubo-ovarien la tumeur formée par un kyste de l'ovaire, communiquant avec la trompe correspondante plus ou moins malade et plus ou moins dilatée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Richard estime que l'on trouve un kyste tubo-ovarien sur 8 ou 10 kystes de l'ovaire ; c'est là une exagération commune à bien des auteurs qui font « une trouvaille » comme il le dit lui-même « aussi petite soit-elle »; en réalité les kystes tubo-ovariens sont beaucoup plus rares. Dans le travail documenté qu'il a consacré à ces tumeurs, Robinson écrit : « Elles sont au nombre de trois pour 300 ovariotomies. Winckel n'en a trouvé que 2 dans 500 autopsies. J'ai opéré ou assisté à plus de 200 laparotomies. J'ai vu plus de 200 autopsies ; j'ai examiné plus de 225 truies et je n'ai rencontré que deux kystes tubo-ovariens : l'un provenant d'une truie, l'autre d'une femme». Olshausen, dans une série de 300 ovariotomies, n'a rencontré que 3 kystes tubo-ovariens, dont un était bilatéral. Notre maître, le professeur Tédenat, au cours des nombreuses ovariotomies qu'il a pratiquées, n'a trouvé que très rarement des kystes tubo-ovariens ; à peine, il peut, dit-il, en citer 4 ou 5 cas. Legueu, lui-même, qui s'est occupé de ces tumeurs tout particulièrement pendant ces dernières années, et qui a réuni tous les cas publiés jusqu'à ce jour, prétend que les kystes tubo-ovariens sont une véritable « trouvaille » opératoire d'une réelle rareté.

« Ces kystes s'observent généralement entre trente et quarante ans, plus souvent à droite qu'à gauche», dit Legueu. Cependant, si nous nous en rapportons aux observations que nous possédons, nous voyons que les kystes tubo-ovariens

peuvent survenir à une période quelconque de la vie génitale de la femme, et siéger indifféremment à droite ou à gauche.

Dans les deux observations que nous rapportons, la tumeur siégeait à gauche. Quelquefois le kyste est double; Cabaniols a pu trouver quatre observations où le kyste était bilatéral.

Le volume est d'ordinaire peu considérable, il varie le plus souvent entre celui d'une noix et celui d'une tête de fœtus, mais, s'il n'en est guère de plus petits, il en est de beaucoup plus gros. Hildebrandt a vu un kyste qui atteignait le volume d'un utérus à terme et qui contenait quinze litres de liquide.

Le kyste ovarique communiquant avec la trompe peut être uni ou multiloculaire. Dans les deux observations que nous mentionnons, on a eu affaire à des kystes multiloculaires.

La forme du kyste tubo-ovarien a tour à tour été comparée à celle d'une cornemuse, d'un estomac légèrement dilaté, et avec plus de raison à celle d'une cornue (Burnier). La partie étroite, le goulot, correspondrait à la trompe plus où moins dilatée; la partie large, la panse, au kyste de l'ovaire. Mais, comme nous le verrons, il peut exister entre la trompe et l'ovaire une partie intermédiaire, renflée en forme de manchon, qui serait comme un trait d'union entre la trompe et l'ovaire plus ou moins malades, qui les réunirait et permettrait enfin leur communication, grâce à sa cavité (Katschker); ce serait la partie du kyste tubo-ovarien qui répondrait à la « pyocèle péritubaire » de Pfannenstiel.

Pour faciliter notre description et pour la rendre plus claire aussi, nous étudierons donc :

1° Le tube formé par la trompe ;

2° La panse formée par le kyste de l'ovaire;

3° La partie intermédiaire, le manchon, formée par « la pyocèle ».

1° — Si nous suivons la trompe à partir de la corne utérine jusqu'au moment où elle devient adhérente à la surface du kyste ovarien, nous voyons qu'elle peut se présenter à nous, parfois à peine dilatée, mais le plus communément distendue en sacto-salpinx [1]. La dilatation de la trompe porte surtout sur les 2/3 externes, avec un développement plus grand au niveau du pavillon; c'est ce qui lui donne son aspect ampullaire, plus ou moins sacciforme. Il reste, le plus souvent, une longueur de un à deux centimètres, près de la corne de l'utérus, où elle a conservé à peu près sa grosseur normale, tout en y présentant une dureté plus grande, et on peut observer à ce niveau, comme dans les deux observations que nous rapportons, une torsion de son pédicule. De là, son diamètre augmente peu à peu, à mesure que l'on se rapproche de sa partie externe, et l'on voit la trompe s'allonger, sinueuse, prendre l'aspect d'un boudin ou « d'une saucisse allemande », serrée par endroits, en forme de chapelet. Parfois sa dilatation se fait avec une régularité progressive au fur et à mesure que l'on se rapproche de son extrémité abdominale, pour atteindre, au voisinage du kyste, des dimensions aussi considérables que celles du kyste lui-même. De couleur rosée lorsqu'elle est légèrement dilatée, elle devient blanc-bleuâtre lorsqu'elle prend un volume exagéré.

Si on se reporte aux examens microscopiques de la trompe qui ont été faits, on trouve que le péritoine, qui l'enveloppe, est épaissi et présente des fausses membranes ; la trompe elle-même peut présenter des altérations plus ou moins profondes. Les trompes, très dilatées, ont des parois amincies ; celles qui le sont moins ou très peu présentent des parois dont les altérations varient avec le degré de dilatation. La

[1] A. Martin propose de dénommer ainsi toute collection tubaire, quelle que soit la nature du liquide.

musculature peut être intacte ; elle peut être aussi tellement modifiée que, par places, on ne trouve plus que du tissu fibreux.

La muqueuse offre également des lésions diverses : tantôt les plis sont conservés et cela existe presque toujours ; tantôt l'épithélium a disparu, ou, peu altéré, il présente encore des cellules à cils vibratiles ; tantôt il s'est transformé. La muqueuse peut être lisse avec des cellules cylindriques ; elle peut être aussi végétante et ses végétations cloisonner la lumière de la trompe.

A l'extérieur, on n'aperçoit plus ni *ostium abdominale*, ni pavillon, ni franges.

L'*ostium uterinum* peut ou non rester perméable ; lorsque la perméabilité existe, le liquide peut s'écouler dans l'utérus dès que la pression de la poche kystique devient exagérée ; cette communication joue le rôle d'une soupape de sûreté qui empêche la distension exagérée du kyste et s'oppose ainsi à son accroissement.

2°. — La portion globulaire est formée par le kyste de l'ovaire lui-même ; ce peut être un kyste du parovaire (cas de Von Ott). Mais il serait peut être inexact de dire que ses parois sont toujours et uniquement formées par les parois du kyste ovarien. Comme nous l'avons déjà mentionné, la trompe, au moment où elle va s'aboucher avec le kyste, s'élargit brusquement, se confond avec ses parois de façon à former une portion commune, sans brusque transition. Le kyste presque toujours régulièrement sphérique peut présenter quelquefois de légères bosselures, des nodosités peu accusées d'ordinaire qui l'ont fait comparer, avec certaine raison, à un petit sac de noix. Son volume, comme on le sait en effet, peut varier de celui d'une noix à celui d'une petite tête d'enfant.

La surface externe du kyste présente d'ordinaire des fausses membranes, qui en régularisent la forme et qui peuvent l'unir aux organes voisins. La coloration est d'un blanc bleuâtre, avec des travées plus ou moins sombres sur le trajet des vaisseaux.

A la coupe, la paroi se présente sous une épaisseur qui varie d'habitude de 1 à 3 millimètres. Elle est formée de deux couches ; une externe, avec des fibres conjonctives auxquelles sont mêlées quelques fibres élastiques ; une interne, tapissée d'un épithélium cubique en certains points, caliciforme dans d'autres. Par endroits, il existe une couche moyenne cellulo-vasculaire. Cette structure est celle d'un kyste uniloculaire ; dans les kystes multiloculaires la structure est la même, mais ils offrent l'aspect qu'on leur trouve d'habitude : une série de loges ouvertes et qui peuvent communiquer les unes avec les autres.

Lorsqu'on examine la surface interne de la poche ovarienne, on lui trouve habituellement une couleur blanc grisâtre. Ainsi mise à nue, la poche ovarienne permet de bien voir les 2 côtés de l'orifice qui met en communication la cavité tubaire avec la cavité kystique proprement dite. Cet orifice est arrondi ou ovalaire, d'un diamètre qui ne dépasse généralement pas un centimètre ; cependant, dans certains cas, il peut laisser passer le médius et même le pouce. Son pourtour est parfois godronné, par suite de la saillie des franges qui peuvent être accolées les unes aux autres, sans ordre et peu distinctes; d'autres fois, lorsque le sacto-salpinx s'est rompu brusquement dans le kyste ovarien, le pourtour est semi-lunaire, net et vif. Par cet orifice, la muqueuse tubaire passe sur la paroi de la cavité ovarienne, en formant des plis qui, d'abord très larges, s'effilent ensuite de plus en plus, et se terminent au pôle opposé du kyste.

Les franges du pavillon ou du moins leurs vestiges peuvent se retrouver quelquefois aisément. Dans notre observation I, deux franges pouvaient flotter librement dans le liquide, à l'intérieur du kyste ; deux autres accolées l'une à l'autre et rétractées adhéraient au pourtour de l'orifice. Quand les parois du kyste sont très amincies, on peut voir les franges, par transparence, légèrement touffues, ou encore en relief, à peine sensible, à l'intérieur. Nous ne pouvons pas oublier, en outre, que dans l'unique cas de Blasius, elles étaient appliquées comme des lanières à sa surface externe.

3°. — Cependant la partie la plus volumineuse n'est pas toujours le kyste lui-même; ce peut être la trompe; Kötschau rapporte un cas d'un volumineux « Tubensack » communiquant avec un petit kyste de l'ovaire. De même, Runge et Thoma ont relaté une observation dans laquelle la trompe, très dilatée et fermée au niveau de son orifice abdominal, communique, grâce à une solution de continuité latérale de sa paroi, avec un petit kyste ovarien. Il peut arriver aussi que la partie la plus volumineuse ne soit ni l'ovaire, ni la trompe, mais la partie qui se trouve entre l'ovaire et la trompe, sorte d'abcès enkysté, de « pyocèle » de la grosseur le plus généralement d'une pomme ou d'une poire. Aux pôles opposés de cette petite tumeur, l'on rencontre, d'un côté, la trompe qui semble fortement serrée au niveau de son pavillon par les parois kystiques, de l'autre, l'ovaire qui présente avec elle tantôt de riches adhérences, tantôt des rapports plus intimes de voisinage. Extérieurement, l'on remarque encore, dans certains cas, de profonds sillons de séparation entre la « pyocèle » et la trompe d'un côté, la « pyocèle » et l'ovaire de l'autre, pouvant se combler et disparaître parfois grâce aux pseudo-membranes qui se forment. La tumeur bombe alors et l'on voit très bien qu'elle

est indépendante et qu'elle forme seule le kyste (Katschker). La couleur est blanc jaunâtre. L'épaisseur de la poche varie entre 3 et 5 millimètres ; il existe fréquemment un point faible qui correspond aux adhérences de cette poche en arrière ; aussi a-t-on beaucoup de peine à ne pas la crever, à ce niveau en la décortiquant. Au microscope, on trouve la surface interne, tomenteuse, recouverte de végétations ramifiées, analogues à celles de la salpingite purulente, mais deux ou trois fois plus épaisse, ce qui est dû à l'infiltration infiniment plus abondante de leur stroma par des cellules embryonnaires, (observations de Katschker, Schaal, Hoffmann). La poche une fois incisée laisse voir l'orifice abdominal de la trompe ouvert et béant dans sa cavité ; les franges sont épanouies en forme d'éventail sur les parois internes du kyste, sans tout de même contracter avec elles de trop fortes adhérences ; elles peuvent aussi flotter librement dans le contenu kystique. Parfois elles adhèrent avec elles si faiblement qu'on peut les rompre aisément. L'ovaire, lui, est séparé de la tumeur par une mince membrane, lorsqu'il n'a pas contracté avec elle des rapports plus intimes ; dans quelques cas, il n'a pas augmenté notablement de volume et il contient de nombreux petits kystes (Katschker) ; dans d'autres, son tissu contribue, en certains points, à former la poche kystique (Hoffmann).

Nous venons d'étudier la forme des kystes tubo-ovariens, la constitution de leurs parois, et les diverses variétés que l'on peut rencontrer ; nous devons maintenant dire quelques mots du liquide qu'ils contiennent.

Il est visqueux, citrin, jaunâtre, formé par le mélange des secrétions de la muqueuse tubaire avec le liquide du kyste ovarien. Mais, comme rarement la trompe atteint le plus grand volume, il est tout évident que c'est le kyste ovarien qui en produit la plus grande quantité, quantité variant avec

le volume de la tumeur. Robinson donne de ce liquide l'analyse suivante :

« 1° Cellules épithéliales, cylindriques, cubiques et plates, quelques-unes ciliées.

2° Cristaux de couleur jaune foncé, probablement d'hématoïdine.

3° Gelée transparente et semblable à du mucus, avec quelques granulations pigmentaires, éparses, çà et là, à la paroi interne du kyste. Par la chaleur, le liquide s'éclaircit. En ajoutant de l'alcool, on a un précipité blanc, se formant d'une manière momentanée, mais qui se redissout aussitôt. L'acide azotique donne un précipité blanchâtre de paralbumine. Il y avait trois onces de liquide ».

Dans certains kystes tubo-ovariens, on a pu trouver un contenu hémorrhagique (Gottschalk, Schramm, Tédenat (Observ. II), ou purulent (Katschker, etc.).

Ajoutons encore que les kystes tubo-ovariens sont rattachés à l'utérus par un pédicule, formé aux dépens du ligament utéro-ovarien, de la trompe et du ligament large ; ce pédicule contient des vaisseaux artériels et veineux. Quand il n'existe pas, c'est que la tumeur comprend un kyste du parovarium ou un kyste ovarien enclavé dans le ligament large.

COMPLICATIONS

Presque toujours il existe des adhérences denses et serrées, qui unissent plus ou moins intimément le kyste tubo-ovarien à la paroi, à l'épiploon, aux viscères voisins, surtout à l'intestin ; comme il est facile de le comprendre, ces adhérences viennent compliquer l'ablation de la tumeur et la rendre malaisée. Il peut y avoir encore hémorrhagie dans le kyste

(Gottschalk, Schramm), rupture de la tumeur, mais rarement, torsion du pédicule et infection du contenu kystique. Cette infection peut se faire par voie sanguine, par voie lymphatique, mais surtout par propagation, car, dans la majorité des cas, comme nous l'avons dit, l'*ostium uterinum* reste perméable.

Enfin, d'après quelques auteurs, Vuillet et Zahn entre autres, les kystes tubo-ovariens pourraient être le siège de grossesses extra-utérines. A l'appui de cette opinion, Vuillet invoque la présence, constatée par Burnier, de follicules de de Graaf, dans la paroi du kyste ; la fécondation serait possible puisque la perméabilité de l'*ostium uterinum* permettrait le passage des spermatozoïdes et les laisserait progresser librement. Enfin le liquide du kyste ne s'opposerait pas à la vie des spermatozoïdes et des ovules. Vuilliet, Beaucamp, Poltauf, Schæffer, Rosthorn, auraient, d'après Pozzi, observé des cas de ce genre.

PATHOGÉNIE

Le mécanisme qui préside à la formation des kystes tubo-ovariens a donné lieu à de nombreuses interprétations ; il n'est pas d'observateur, en effet, qui n'ait cherché à expliquer à sa manière la pathogénie de ces tumeurs ; mais il n'en est pas, non plus, qui ait trouvé une théorie générale, capable d'expliquer tous les cas. Presque tous ceux qui se sont occupés de cette question ont eu le tort de vouloir échafauder leur théorie, la seule parfaite à leur avis, sur les cas particuliers qu'il leur avait été permis d'examiner. S'ils avaient étudié les observations publiées un peu partout, ils se seraient peut-être dit que la pathogénie des kystes tubo-ovariens pouvait varier avec chaque cas particulier et qu'une seule théorie ne pouvait suffire à expliquer la formation de toutes les tumeurs de ce genre.

Nous exposerons donc les théories émises de divers côtés, sur la pathogénie des kystes tubo-ovariens ; nous exprimerons à mesure qu'elles se présenteront les critiques que nous croirons susceptibles de devoir leur être adressées, et nous dirons, à la fin de ce chapitre, le plus important en même temps que le plus compliqué, ce qu'il faut penser de cette pathogénie.

Théorie physiologique ou de l'ovulation. — Richard, après avoir découvert les kystes tubo-ovariens, en donna le premier, en 1853, un essai d'explication qui est resté désigné

sous le nom de « Théorie de l'ovulation ». Après avoir déclaré qu'en pathogénie c'est quelque chose de tout à fait insolite qu'une tumeur kystique, qui, presque à son début (sans inflammation) vient se vider dans le canal excréteur, il ajoute: « Et pourtant, celà est le résultat naturel de la physiologie et de ce jeu périodique qui met chaque mois en activité l'appareil génital interne de la femme. »

Un kyste se forme dans l'ovaire ; la plupart du temps, pas toujours, c'est une vésicule de de Graaf qui, parvenue à maturité, continue et dépasse son évolution, au lieu de produire un corps jaune ; mais en même temps, l'oviducte est venu plaquer son pavillon sur cette vésicule, car ce concert admirable entre l'ovaire et son canal excréteur est la condition la plus essentielle, mais aussi la plus chanceuse et la plus fragile du premier temps de la fécondation, de la ponte spontanée des ovules. Que la vésicule se vide, rien de plus naturel; celà est dans sa destination. Mais qu'une fois vidée, elle continue de croître et d'exhaler, au lieu de se flétrir, et nous aurons alors la maladie complexe que j'ai essayé d'indiquer dans cette note, et que désignerait assez bien la dénomination que je propose de kyste tubo-ovarien. »

Dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, en 1857, Richard revient sur le même sujet, et y soutient les mêmes idées. Dans sa troisième publication, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, en 1857, Richard écrit : « Dans les kystes tubo-ovariens, une vésicule de de Graaf, sans doute celle-là même qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire; mais un œuf arrivé à maturation y est contenu ; pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule ; celle-ci se vide, et il semble que jusqu'ici nous n'assistons qu'au merveilleux travail qui chaque mois provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change : la vési-

cule malade ne se referme pas ; car, au lieu de former un corps jaune, elle continue de verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi croissent ensemble, d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit. »

En 1859, Rokitansky accepta, en l'élargissant, la théorie de Richard ; il admit que ce pouvait être aussi aux dépens d'un corps jaune devenu kystique et communiquant avec la trompe adhérente par rupture de sa paroi, que se formait le kyste tubo-ovarien. Dans les 2 cas de kyste tubo-ovarien qu'il observa, Rokitansky trouva dans la paroi du kyste la pigmentation jaune du *corpus luteum*.

Klob se range aussi à l'opinion de Richard en stipulant toutefois que la portion kystique se forme aux dépens du corps jaune.

Spencer Wells admet que la portion pigmentée du kyste représente la couche jaune d'un corps jaune. En 1883, dans son *Traité des tumeurs de l'Ovaire et de l'Utérus*, il écrit : «Les franges du pavillon se sont appliquées sur cette partie de l'ovaire où était imminente la rupture d'un follicule de de Graaf. Au lieu de se rétracter, elles sont restées adhérentes à l'ovaire. Il s'en est suivi une hypersécrétion de liquide et un kyste s'est formé, tandis que le follicule de de Graaf, arrivé à maturité, se rompait et devenait un corps jaune. Ce sont les vestiges de ce corps jaune qu'on retrouve à la face interne de la portion ovarienne du kyste et qui lui donnent un teint jaune ou jaune rougeâtre ».

La théorie que nous venons d'exposer brièvement n'est pas à l'abri de quelques objections. Richard, en effet, nous dit que, sans inflammation, par le jeu régulier et physiologique de la menstruation, le pavillon devient adhérent à l'ovaire. Mais d'où vient alors cette membrane de formation

nouvelle, qui réunit les franges du pavillon ? Pourquoi cette adhérence se maintient-elle et devient-elle définitive ? D'où vient ce « travail nouveau dont la trompe est le siège ?» Richard ne nous éclaire pas là-dessus ; de même, il nous laisse ignorer d'où vient le tissu de transition qui existe entre la trompe et l'ovaire. Le même reproche peut s'adresser à Spencer Wells, à Rokitansky, à Klob, à qui l'on peut objecter encore que, si l'hydropisie du corps jaune est une variété et la moins fréquente des kystes de l'ovaire, il est une autre hydropisie qui a pour point de départ ou bien les follicules de de Graaf, ou l'épithélium germinatif de Waldeyer, épithélium germinatif de la surface de l'ovaire.

Théorie mixte ou catarrhale. — En 1867, Veit, peu satisfait de la théorie de Richard, en ce qui concerne le rapprochement et la réunion définitive de l'ovaire et de la trompe, essaya de donner la raison de cette adhérence permanente et à l'« Ovulationstheorie » il opposa la « Katarrhatheorie ». Pour lui, ce serait par l'inflammation simultanée et passagère de la trompe et du follicule de de Graaf que les deux organes se rapprocheraient, se comprimeraient et pourraient enfin communiquer entr'eux. Le catarrhe du follicule produirait sa dilatation et sa rupture accidentelle dans la trompe.

Robinson, après avoir observé un cas de kyste tubo-ovarien chez la femme et un cas chez l'animal, après avoir fait de nombreuses observations sur les organes génitaux au moment de la menstruation chez la femme et du rut chez les animaux, publie, en 1891, dans le *Journal américain d'obstétrique,* un travail très documenté, d'où nous extrayons les conclusions suivantes : « Les facteurs essentiels de la formation du kyste tubo-ovarien sont : *a)* La dégénérescence kystique de l'ovaire ; *b)* La menstruation ; *c)* Une in-

flammation circonscrite pendant la période menstruelle ; *d)* La rupture d'un follicule de de Graaf, dans la trompe et l'apparition d'une endosalpingite.» Comme on le voit, Robinson admet la théorie de Richard ; mais il fait entrer en ligne de compte, lui aussi, un facteur nouveau, important: l'inflammation, due le plus souvent au gonocoque. Il expose sa théorie de la façon suivante : « Dans la menstruation ou le rut chez les animaux, le ligament ovarien se raccourcit et attire la trompe, de telle sorte que l'orifice de la trompe s'approche de la surface de l'ovaire. La trompe ne choisit pas le point où un œuf peut mûrir, mais le pavillon coiffe simplement l'ovaire à la manière d'un capuchon. C'est à ce moment que la menstruation ou le rut se produisent. J'ai vu cela, dit Robinson, deux fois dans l'abdomen d'une femme ; une fois parfaitement et une fois moins bien. J'ai examiné 285 truies, 40 moutons, 50 vaches et de nombreux chiens, et j'ai observé le rapprochement décrit ci-dessus. A l'époque du rut, la congestion est grande là où la muqueuse du sommet des franges du pavillon est en contact avec la surface ovarienne. Un mucus visqueux est secrété, qui agglutine les franges à l'ovaire. Une force considérable est nécessaire pour détruire l'adhérence ainsi faite, et quand on réussit, le mucus s'étire sous forme de filaments. Que le processus dépasse les limites physiologiques et amène un état inflammatoire, un tissu de néoformation se produira et une adhérence solide en résultera. Une inflammation au pourtour de l'*ostium abdominale* est alors un facteur essentiel de l'origine des kystes tubo-ovariens. L'autre facteur important est la dégénérescence kystique de l'ovaire. Cette dégénérescence peut intéresser un follicule de de Graaf ou un corps jaune. Le kyste formé aux dépens de l'un ou de l'autre finit par se rompre dans la trompe, trompe dont les franges entouraient le follicule. A ce mo-

ment, l'inflammation s'est propagée le long de la muqueuse tubaire jusqu'à l'orifice utérin, et cette muqueuse a pu devenir si gonflée, si saillante qu'elle ne permettra pas au contenu du kyste déversé dans la trompe de s'échapper au-dehors. Par suite, le liquide s'accumulera et augmentera graduellement le calibre de l'oviducte. De cette augmentation du liquide résulteront aussi la diminution d'épaisseur de la paroi tubaire et la minceur du tissu ovarien. » Robinson admet, en outre, que l'augmentation de volume de la tumeur peut se produire encore par rotation de la trompe sur son axe, de même que l'hydronéphrose est souvent causée par la rotation du rein sur son uretère. Nous avons déjà dit qu'il croyait que l'inflammation qui causait l'adhérence entre la trompe et l'ovaire était due le plus souvent au gonocoque.

De même, Olshausen pense que le gonocoque joue un rôle important dans la formation des kystes tubo-ovariens, par l'inflammation qu'il produit autour de la sphère génitale.

Cette théorie comme la précédente est susceptible de certaines objections ; nous avons reproché à la théorie de Richard, de ne rien nous dire du mécanisme par lequel la trompe devenait définitivement adhérente à l'ovaire. Veit et Robinson ont essayé d'expliquer la permanence de ce rapprochement, par un processus inflammatoire ; mais pas plus que Richard, ils n'ont tranché cette question : que sont devenues les franges ? Sont-elles restées à la surface du kyste ? Etait-ce leur place ? Robinson laisse la question pendante et dit seulement que dans son observation il ne les a pas retrouvées. Veit n'en dit rien non plus.

Von Rosthorn, lui, a essayé de résoudre le problème et de donner une solution qui expliquerait la situation intérieure des franges. Il dit qu'au moment de l'ovulation, la trompe atteinte de catarrhe «*catarralisch erkranke Tube*», s'enfonce

dans le follicule, qui vient d'éclater. Le pavillon enveloppe le follicule, s'accole à ses parois et il se développe enfin un kyste du corps jaune. Ici encore, on peut faire des objections à Von Rosthorn ; on peut lui faire très judicieusement remarquer, avec Orthmann, que l'ouverture du follicule pendant l'ovulation est si minime qu'il est tout à fait impossible d'y voir pénétrer tout le pavillon, voire même quelques franges. De plus, on pourrait demander à Rosthorn ce qui empêche les franges de se retirer, avant qu'elles adhèrent définitivement au follicule kystique.

En somme, les explications de Veit, de Robinson, de Von Rosthorn, ne peuvent nous suffire ; voyons si la théorie pathologique sera capable de mieux nous satisfaire.

Théorie pathologique ou inflammatoire. — En 1880, Burnier exposa une théorie purement inflammatoire, dans laquelle il s'est attaché à expliquer la présence des franges ou de leurs vestiges à l'intérieur du kyste et la continuité de la muqueuse tubaire sur une partie du kyste formé par l'ovaire. Pour qu'il y ait kyste tubo-ovarien, il faut d'après lui ; 1° de la périmétrite, condition nécessaire et indispensable de la fermeture de l'*ostium abdominale*, 2° une salpingite aboutissant à un hydrosalpinx ; 3° une hydropisie du follicule de de Graaf ou du corps jaune. Il admet que, par suite d'une inflammation de la trompe et du péritoine au voisinage de l'*ostium abdominale*, les franges du pavillon, le ligament tubo-ovarien excepté, se recroquevillent, se renversent à l'intérieur du conduit ovulaire, et se soudent par leur surface péritonéale. Il en résulte une oblitération de la lumière de la trompe. Cette dernière, douée d'un pouvoir secréteur, accumule sa sérosité et devient hydropique. Elle représente un kyste par rétention. Grâce à la persistance de la sécrétion, la muqueuse tubaire est irritée ; elle devient le siège d'un

catarrhe, et finalement on a un hydrosalpinx. En même temps, la périmétrite existante amène l'adhérence de la trompe à l'ovaire, le ligament tubo-ovarien ajoutant son effort et attirant le pôle interne de la glande génitale. L'hydrosalpinx augmente de plus en plus de volume. Que maintenant un follicule se trouve en cet endroit où l'ovaire adhère à la trompe, il ne s'ouvrira que difficilement, ou même il ne le pourra pas ; il deviendra hydropique, il grossira et distendra le tissu ovarien en l'amincissant. On a donc deux cavités : une trompe dilatée et un ovaire kystique séparés d'un côté par la paroi du kyste lui-même, de l'autre par les franges « coalescées ».

Grâce à l'accroissement continuel des 2 cavités, la cloison kystique s'amincit et se résorbe, et les franges, de nouveau séparées , reprennent leur première place , c'est-à-dire qu'elles tendent à se dérouler, à se renverser vers l'extérieur, soit parce que le tonus propre de leur tissu n'a pas disparu, soit parce que la pression augmente dans la trompe. Les franges ainsi libérées ne pouvant plus venir se placer dans la cavité péritonéale, viennent flotter dans le liquide de l'ovaire. Plus tard, elles pourront s'appliquer contre la surface interne du kyste, s'y souder sur une étendue plus ou moins grande et y paraître en relief. Parfois, elles pourront faire partie de la paroi kystique si intimément qu'il sera impossible de les retrouver ; cette disparition des franges s'explique aisément, si l'on veut bien admettre qu'une fois accolées à la paroi interne du kyste, elles sont de plus en plus distendues, étalées, amincies par l'accroissement du kyste tubo-ovarien, à la constitution duquel elles participent.

Burnier envisage encore les cas où les franges, au lieu d'être libres à l'intérieur, en relief, indistinctes, se trouvent à sa surface externe, comme dans l'unique observation de Blasius. Il admet dans ce cas que le follicule hydropique

possède une paroi fort résistante qui ne se laisse pas rompre ; les franges se libèrent alors, rampent et grimpent sur la paroi du kyste, en s'épanouissant comme le dit Blasius, *ad instar digitorum manus*. Qu'alors, le kyste, augmentant sans cesse de volume, vienne à se rompre, il débouchera dans la trompe, et l'on aura la formation d'un kyste tubo-ovarien avec des franges ovariques externes.

Gottschalk admet que les kystes tubo-ovariens se forment par glissement de l'extrémité abdominale de la trompe à l'intérieur d'un kyste de l'ovaire rompu. En 1887, Griffith, ayant étudié la pathogénie des kystes tubo-ovariens, émit les conclusions suivantes : « 1° que la dilatation de la trompe et la formation des kystes tubo-ovariens sont généralement secondaires et non les facteurs principaux de la constitution des kystes tubo-ovariens ; 2° que l'application de la trompe sur l'ovaire est physiologique ou accidentelle ; 3° que leur adhésion permanente est effectuée par une inflammation ». Il ajoute encore que la cloison située entre le kyste et la trompe peut disparaître, soit par distension et atrophie, soit par suppuration, mais le plus souvent peut-être sous l'influence de végétations qui usent et perforent les parois.

Schramm, en 1890, se demande s'il ne faut pas qu'il y ait coïncidence préalable d'un kyste ovarique et d'un sacto-salpinx, réunis par des adhérences et fusionnés par résorption de la cloison commune, pour qu'il se produise un kyste tubo-ovarien. Pozzi pense de même. Runge et Thoma font observer un cas de kyste tubo-ovarien où la trompe, dilatée en « sacto-salpinx » par fermeture de son *ostium abdominale*, communiquait latéralement avec un kyste de l'ovaire. On chercherait dans ce cas, vainement les franges à l'intérieur du kyste, car la communication entre les 2 cavités kystiques s'est faite par la destruction des parois de séparation du kyste de l'ovaire et de la trompe dilatée.

Preiser a publié en 1901, *dans les archives allemandes de Gynécologie,* un très bon travail sur les kystes tubo-ovariens où il soutient les idées du professeur Pfannenstiel. Pour ces deux auteurs, le kyste tubo-ovarien serait le résultat d'une « pyocèle péritubaire ». La dilatation tubaire, le « *Tubensack* » comme ils l'appellent, ne serait que partiellement formée par la trompe. Le kyste proprement dit, en effet, à la paroi interne duquel les franges ont « coalescé », adhéré, est surtout une « pyocèle péritubaire», « qui se forme comme une membrane encapsulante autour d'un exsudat résultant d'un écoulement purulent secrété par la trompe ». Cette pyocèle se formerait, d'après eux, à peu près de la même façon que celle qui préside à la formation de la membrane encapsulante autour de l'hématocèle, à la suite de la grossesse extra-utérine. Cette tumeur, placée entre la trompe et l'ovaire, englobe l'extrémité abdominale de la trompe, communique avec elle, tandis qu'elle n'offre que des rapports d'intime voisinage avec l'ovaire. Si maintenant, il survient un kyste ovarique ou si un follicule dilaté s'approche de la « pyocèle », la paroi de séparation s'atrophiera, disparaîtra en partie, et il se formera une communication entre les deux cavités : le kyste et la pyocèle. Dès lors, nous comprenons que les franges ne soient accolées qu'à la partie de la paroi constituée par la « pyocèle péritubaire. »

Telles sont, rapidement résumées, les principales théories qui ont vu le jour pour essayer d'éclairer la pathogénie bien obscure des kystes tubo-ovariens ; nous verrons tout à l'heure ce qu'on peut en penser. Mais auparavant, nous devons dire deux mots sur les idées que Zahn professe à l'égard du mécanisme qui provoque la formation des kystes tubo-ovariens. Dans le travail qu'il a publié en 1898, il conclut qu'ils ne seraient qu'une variété d'hydrosalpinx. D'après lui, le kyste tubo-ovarien diffère de l'hydropisie tubaire

seulement par le fait que, au moment où s'est produite l'oblitération du pavillon de la trompe, l'ovaire s'est trouvé compris dans la paroi du kyste. Comme le fait très justement remarquer Orthmann, l'état anatomique décrit par Zahn ne répond nullement à celui que nous désignons sous le nom de kyste tubo-ovarien. Dans le kyste tubo-ovarien, il y a un kyste de l'ovaire en communication avec la trompe; pour qu'il y ait kyste tubo-ovarien, il est indispensable qu'il y ait eu kyste ovarique. Et Zahn semble l'ignorer.

Théorie congénitale.— Enfin nous ne pouvons passer sous silence la théorie qui attribue à une malformation intra-utérine l'origine des kystes tubo ovariens. Ceux mêmes qui sont partisans de cette théorie, sauf, peut-être, Schneidemühl et Beaucamp, sont d'avis qu'elle est susceptible de nombreuses critiques et ne doit pas être le plus souvent admise.

Schneidemühl (1883), qui observa un kyste tubo-ovarien chez une jument, le considère comme congénital, parce qu'il n'a trouvé microscopiquement aucune altération du péritoine ni aucune inflammation. Il l'explique par un *vitium primæ formationis*, par une malformation intra-utérine qui aurait supprimé *l'ostium abdominale* et aurait en outre accolé la trompe à l'ovaire; les franges, par suite, feraient défaut, et ainsi s'expliquerait leur absence dans l'intérieur du kyste.

Pour réfuter cette théorie, Zahn fit des expériences. Il laparotomisa certains animaux, et établit clairement que l'inflammation qui survenait après l'opération disparaissait dans les semaines suivantes. Dans le cas de Schneidemühl il pouvait y avoir eu inflammation.

Beaucamp, en 1884, dans sa thèse sur la « grossesse tubo-ovarienne », et Reboul, quelque temps après, soutient

la même idée et prétend que les kystes tubo-ovariens ont leur origine dans un vice de développement, dans une anomalie congénitale, formée par la trompe venant se terminer en plein tissu ovarien, ce serait ce qu'il appelle lui-même un *prœxistende Ovarialtube*. « L'*ovarialtube*, dit-il, est constitué par une trompe dont l'extrémité abdominale, formée d'un tissu qui se confond avec l'ovaire sans aucune limite nette, semble avoir l'ovaire lui-même comme terminaison.»

On peut facilement objecter à Beaucamp que l'existence d'un *ovarialtube* est une pure hypothèse et que, malgré son travail, on n'a pas encore observé de kyste tubo-ovarien à formation congénitale nette et évidente. On peut encore lui objecter que ce qu'il a pris pour une grossesse dans un kyste tubo-ovarien préexistant, n'est en réalité qu'une grossesse tubo-ovarienne, la paroi de la poche étant secondaire au développement d'un embryon.

Robinson, dans son mémoire publié en 1890, expose de quelle façon on peut concevoir l'origine congénitale des kystes tubo-ovariens, origine qu'il n'accepte d'ailleurs pas. « Chez les mammifères inférieurs, dit-il, l'ovaire et l'oviducte représentent une glande avec un canal excréteur. En pareil cas, la formation des kystes tubo-ovariens est aisée. Une poussée inflammatoire produit rapidement un kyste par rétention: ex. la poule. Chez la truie, l'ovaire est dans une large poche constituée par le péritoine, et la trompe de Fallope aboutit directement à cette poche. De même chez la chienne, la glande génitale ne peut être séparée de ses franges. Ici aussi, la formation des kystes tubo-ovariens est facile. » Et Robinson, dans les conclusions qu'il donne, se demande « si par suite d'une malformation congénitale du corps de Wolf et pendant l'existence il ne pourrait pas y avoir déplacement anormal de l'ovaire vers l'ex-

trémité du canal de Müller, et introdution de la glande dans ce conduit. Ainsi l'explication des kystes tubo-ovariens chez la femme serait des plus aisées.» Répétons-le tout de suite, ce que nous venons de dire n'est qu'hypothèse et manque de vérification.

Zedel, en 1894, essaya, lui aussi, d'expliquer la formation des kystes tubo-ovariens en se basant sur l'embryologie. La partie supérieure des canaux de Müller aurait la forme d'un conduit épithélial «*Epithelrinne*»; normalement la partie supérieure de ce conduit reste ouverte et forme l'*ostium abdominale* de la trompe. Qu'on suppose un moment que la partie supérieure se soit formée, tout comme l'inférieure et qu'elle soit, à cet endroit, constituée par ce qui aurait été les franges; qu'il survienne alors un hydrosalpinx, et la trompe se confondra avec l'ovaire en formant un kyste tubo-ovarien.

On le voit ici encore, ce n'est que par une série d'hypothèses qu'on arrive à concevoir la formation congénitale des kystes tubo-ovariens. Zedel, lui-même, n'y croit pas, mais il a voulu seulement exprimer son opinion sur ce sujet.

En somme, tous les auteurs sont d'accord pour rejeter la théorie congénitale, et pour ne la considérer que comme une hypothèse facile, il est vrai, mais toute gratuite.

*
* *

Après avoir développé les idées qui ont été émises un peu partout sur la pathogénie des kystes tubo-ovariens, les avoir classées et « fait entrer » dans les différentes théories que nous venons d'exposer, peut-être devrions-nous exprimer maintenant notre avis sur la question.

Il semble résulter des observations qu'a bien voulu

nous confier notre maître, M. le professeur Tédenat, des observations allemandes que nous avons traduites et de celles nous avons trouvées dans la thèse de Cabaniols, que l'élément essentiel qui est à l'origine de tous les kystes tubo-ovariens , est une infection partie de la trompe d'abord et propagée ensuite au péritoine voisin. La trompe le plus souvent, présentait des lésions diverses qui correspondaient aux diverses étapes des salpingites. De même, le kyste ovarique présentait les divers degrés de la dégénérescence ; nous avons vu ailleurs que son volume pouvait aller de celui d'une noix à celui d'une tête d'enfant déjà âgé. Et c'est en nous basant sur le double processus morbide : inflammation et dégénérescence, que nous expliquerons la formation des kystes tubo-ovariens.

Ce double processus n'est pas une vue de l'esprit. Nous le trouvons presque toujours dans les antécédents pathologiques de nos malades. La plupart présentent comme signes cliniques « douleur, leucorrhée, métorrhagie » et anatomie-pathologiques « fausses membranes, lésions des trompes, dégénérescences folliculaires, etc.....» et comme causes infectieuses «blennorrhagie, infection puerpérale, etc..»

Ce processus, en effet, va nous permettre d'expliquer la formation des kystes tubo-ovariens, la dispcsition des franges à l'intérieur que ne peuvent expliquer, nous l'avons déjà vu, ni la théorie de Richard, ni celle de Veit.

Donc, à la suite d'une infection blennorrhagique, d'une infection puerpérale, ou de toute autre infection, une vaginite d'abord s'il y a eu blennorrhagie, puis une métrite se sont déclarées. L'inflammation s'est propagée aux trompes ou seulement à l'une des trompes, aux ovaires ou à un ovaire, au tissu cellulaire pelvien, au péritoine. Comme nous le rapportons dans nos deux observations personnelles, et comme nous l'avons trouvé mentionné dans presque toutes

les observations que nous plaçons à la fin de notre travail, il y a inflammation bilatérale, prédominant cependant d'un côté..... Il y a eu salpingite catarrhale, comme premier degré de la lésion ; salpingite qui a pu rester à cet état de catarrhe, régresser, ou s'aggraver de plus en plus, et aboutir finalement à un hydrosalpinx. D'où, dans les kystes tubo-ovariens, des trompes variables de forme, de calibre, d'épaisseur, dont les franges du pavillon sont restées faiblement agglutinées, « comme une fleur de marguerite non épanouie » (Pozzi), laissant ainsi l'orifice abdominal perméable ; d'autres fois, elles se sont repliées sur elles-mêmes, de façon à se renverser à l'intérieur de l'oviducte, et à obturer l'*ostium abdominale*.

La trompe malade, mais non totalement fermée du côté de la cavité péritonéale, ou l'hydrosalpinx, si l'ostium n'est plus perméable, sont devenus adhérents à l'ovaire, grâce à la périmétrite existante, grâce à une inflammation du tissu cellulaire et du péritoine. Or, l'ovaire ne reste pas toujours indemne, mais le plus souvent, il est lésé, comme le fait observer Pozzi, dans les affections tubaires. Il devient kystique, d'où un kyste folliculaire en relation intime avec son prochain canal. Dans les deux cavités, dans l'hydrosalpinx, aussi bien que dans le kyste ovarique, il se fait une hypersécrétion, qui produit une augmentation de leur volume. Finalement, la cloison commune aux deux organes en contact, sous la poussée sans cesse grandissante des liquides toujours secrétés en plus grande abondance, s'est résorbée, a mis en communication les deux cavités : ovarienne et tubaire et a permis enfin au contenu kystique de se déverser dans la trompe. Si, comme nous l'avons dit plus haut, les franges du pavillon sont faiblement agglutinées, le liquide du kyste pourra s'écouler dans la trompe, par l'orifice qu'elles laissent entre elles. Si, au contraire, les franges ont été repliées

en dedans, de manière à fermer complètement la trompe, pour en faire un hydrosalpinx, sous la pression toujours croissante du liquide, elles sont distendues, et par un mécanisme contraire à celui qui les avait mises en contact, elles se libèrent, se retroussent en dehors et viennent flotter librement dans le kyste, ou adhérer à sa face interne.

C'est là le mécanisme que l'on rencontre le plus souvent dans la formation des kystes tubo-ovariens, lorsque la salpingite est aiguë. Mais, dans bien des cas, il faut invoquer le mécanisme indiqué par le professeur Pfannenstiel, soutenu et développé par Preiser, dans les *archives allemandes de Gynécologie*, 1901. Pour ces deux auteurs, la « pyocèle péritubaire » qui réunirait la trompe à l'ovaire, cette espèce d'abcès enkysté, formerait le kyste tubo-ovarien, que cet abcès ait un point de départ tubaire ou ovarien. Dans le premier cas, il s'agit d'une salpingite purulente, en rapport, par abouchement du pavillon, avec la surface de l'ovaire, qui peut être parfois sain dans son parenchyme, mais fort rarement cependant (Katschker). Dans d'autres cas, l'abcès s'est développé primitivement dans l'ovaire et s'est ouvert ensuite dans la trompe malade, dont l'extrémité, enserrée par la « pyocèle », est venue s'accoler sur la saillie qu'il forme, comme sur celle d'un ovule (Schaal); ou bien le processus suppuratif a évolué concurremment dans la trompe et dans l'ovaire, et les deux abcès finissent par se confondre ; la paroi qui sépare le *peripheren Tubensack* de l'*ovarialcyste* peut être quelquefois conservée (Schaal) ou n'exister qu'à l'état de trace (Hoffmann). La membrane interne du kyste ressemble à une membrane d'abcès ; le tissu ovarien ne peut être le plus souvent distingué sans le secours du microscope (Hoffmann). Enfin, la fusion purulente des deux organes peut se

faire exceptionnellement par l'intermédiaire d'une cavité péritonéale cloisonnée.

Pour nous résumer, nous dirons donc que, dans la formation des kystes tubo-ovariens, on rencontre des cas différents, qu'on peut cependant classer et grouper suivant l'état dans lequel se trouve la trompe.

1° Il peut y avoir des kystes tubo-ovariens, formés par un kyste de l'ovaire et une trompe plus ou moins altérée, dont la lésion est restée à l'un des degrés de la salpingite catarrhale. Ici la trompe ne prend qu'une part minime à la formation de la cavité kystique ; la dégénérescence de l'ovaire l'emporte de beaucoup sur l'inflammation de la trompe. Celle-ci n'intervient que pour former un canal, pas ou peu dilaté, qui serpente à la surface du kyste. Les plis ont été conservés ; son épithélium et ses cellules à cils vibratiles ont pu même subsister. L'*ostium abdominale* n'a été complètement fermé qu'au moment où l'extrémité des franges est venue adhérer à la paroi kystique elle-même. Les franges sont restées unies entre elles comme les fleurs d'une marguerite non épanouie, circonscrivant un orifice qui, au moment de la rupture du kyste, a établi la communication entre l'oviducte et l'ovaire dégénéré. La trompe à ce moment n'est pas dilatée, ou l'est seulement très peu, par le liquide kystique qui s'écoule. Cependant, l'orifice utérin de la trompe peut ne pas être perméable, soit que la muqueuse tubaire se trouve gonflée, soit que sur son trajet il existe des nouures, des torsions qui forment comme une barrière arrêtant le liquide. Le liquide ne pourra alors s'échapper au dehors et produira la dilatation de la trompe suivant le siège du rétrécissement ou la résistance de la trompe (cas de Richard).

Mais, comme nous l'avons indiqué en passant, les franges

ne forment pas toujours un orifice intermédiaire; grâce à l'inflammation de la trompe et du péritoine voisin, l'*ostium abdominale* a pu se fermer suivant le mode déjà décrit par renversement et accolement des franges du pavillon. Comme toujours, des adhérences se sont produites entre la trompe et le kyste ovarique. Mais un hydrosalpinx ne va pas s'en suivre fatalement; les lésions tubaires peuvent s'arrêter et régresser. Le kyste peut se rompre de bonne heure. Dans ce cas, les adhérences, faibles et faciles à rompre, qui maintenaient « coalescées » les franges entre elles sont tiraillées, distendues et libérées, et la communication s'établit, par suite, entre la cavité ovarique et l'oviducte. Que l'on ait eu affaire alors à un kyste de moyen volume, que l'*ostium uterinum* ait été perméable ou que la trompe ne présente pas de coudures brusques, qu'elle ait acquis de nouveau sa tonicité normale, et nous trouverons probablement la trompe à peine dilatée (Legueu, Gottschalk).

2° *a*). D'autres fois, la trompe est dilatée, ses parois sont amincies; elle est souvent sinueuse, les plis de sa muqueuse sont en grande partie effacés et elle présente, en somme, tous les caractères qu'on a l'habitude de rencontrer dans l'hydrosalpinx; elle prend ici une large part à la formation de la cavité kystique. Ce sont, en un mot, des kystes tubo-ovariens formés par une communication entre un kyste ovarique et un hydrosalpinx. Nous avons donc deux cavités séparées seulement par une cloison formée d'un côté par les franges adhérentes, de l'autre par la paroi du kyste. Que l'hydrosalpinx et le kyste augmentent sans cesse de volume, la cloison intermédiaire s'amincira, se rompra, et les franges, distendues à leur tour et libérées, poussées et jetées dans la cavité kystique par le liquide tubaire, pourront flotter librement dans le contenu du kyste ou adhérer à sa face interne.

La communication une fois établie, l'on a un kyste tubo-ovarien. C'est là le mécanisme que Burnier a décrit en 1880 (Burnier, Schramm, etc...)

b) Nous venons d'étudier les cas où la communication se faisait entre le kyste et l'hydrosalpinx, à une place qui correspondait à l'extrémité de la trompe. Le kyste ovarique peut être encore adhérent à un hydrosalpinx en un point quelconque de la paroi tubaire. La cloison qui sépare les deux cavités adjacentes est ici formée : d'un côté par la paroi de l'hydrosalpinx de l'autre par la paroi du kyste ovarien. Il peut fort bien arriver que, cette cloison s'atrophiant, disparaissant, les deux cavités communiquent ; un kyste tubo-ovarien est alors formé, tel celui qu'ont décrit Runge et Thoma et dans lequel on voit, en effet, la trompe, fermée à son extrémité abdominale, s'ouvrir par un orifice latéral dans un kyste de l'ovaire.

3° Nous arrivons, enfin, au troisième groupe formé par la « pyocèle péritubaire. » Ici la trompe et l'ovaire ne prennent généralement qu'une part minime à la formation de la cavité kystique. La trompe n'intervient, le plus souvent, que pour former un canal quelquefois volumineux, dilaté par endroits, qui communique avec la cavité kystique, grâce à son extrémité abdominale que la pyocèle tient enserrée dans ses parois. L'ovaire, lui non plus, n'intervient pas d'une façon active dans la formation de la tumeur proprement dite ; il n'a, avec elle, le plus souvent que des rapports de contact. La véritable tumeur, celle où les franges des pavillons viennent flotter librement, est formée par la « pyocèle péritubaire ». Pfannenstiel, grâce à cette tumeur, explique pourquoi les « *fimbrien* » se trouvent à l'intérieur du kyste tubo-ovarien et flottent dans son contenu. « On trouve, dit-il, un exsudat provenant de la trompe, autour duquel

se forme une membrane encapsulante appelée pyocèle péritubaire ». C'est cette membrane qui forme la paroi kystique ; et l'on conçoit alors aisément comment les franges qui baignent dans « l'exsudat tubaire » soient ensuite placées dans l'intérieur du kyste. Si maintenant cette pyocèle vient se mettre en rapport avec l'ovaire, un ovaire kystique plus ou moins dégénéré, si elle est séparée de lui par une mince cloison, il se forme un kyste tubo-ovarien. Le contenu de l'ovaire s'évacuera, grâce à la cavité intermédiaire formée par la pyocèle, dans la trompe à laquelle elle est ainsi réunie à distance (Katscher, Hoffmann.)

En somme, nous voyons que la théorie qui cadre le mieux avec les différentes formations de kystes tubo-ovariens que nous venons d'étudier est la théorie inflammatoire, que l'inflammation ait débuté par la trompe ou l'ovaire, ou qu'elle ait d'abord pris naissance dans la sphère périannexielle.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT

Les signes observés varient avec le volume de la tumeur, avec certaines circonstances telles qu'adhérences, prolapsus de la tumeur dans le Douglas, etc..., mais il est un certain nombre de symptômes qu'on retrouve d'une manière constante.

La malade entre à l'hôpital, parce que son ventre grossit et qu'elle ressent des douleurs dans le ventre ; ce sont des « tiraillements » dans le bas-ventre, une douleur insidieuse, peu forte, qui gêne la marche, se calme par le repos, augmente avec le mouvement Cette douleur unilatérale très vague, sans localisation spéciale, occupe toute la fosse iliaque du côté malade, s'irradie vers les cuisses et les lombes, quelquefois vers la hanche ou le coccyx. D'autres fois, au contraire, extrêmement vive, comparable aux atroces douleurs de la colique hépatique, elle oblige la malade à marcher courbée en deux et provoque des attaques de nerfs, parfois même de la syncope. Le Dentu a observé que, chez certains sujets nerveux et en particulier chez les hystériques, on assiste à de véritables crises présentant des symptômes très graves simulant la péritonite, avec hoquets, vomissements, fièvre intense, etc...

Pendant la période menstruelle, les souffrances sont parfois si vives que les malades sont obligées de garder une immobilité absolue, tout mouvement étant extraordinairement douloureux.

A une période plus avancée de l'affection, on observe des troubles très variables causés par la compression des divers organes abdomino-pelviens. C'est d'abord, du côté de l'estomac, de l'inappétence, des nausées, des vomissements ; du côté du rectum, de la constipation rebelle ou même de l'occlusion intestinale.

On observe le plus souvent, au cours des kystes tubo-ovariens, des troubles menstruels : les règles sont supprimées, ou bien elles deviennent irrégulières et pénibles ; d'autres fois encore, surviennent des ménorrhagies ou des métrorrhagies abondantes.

Il est un caractère, enfin, que l'on rencontre quelquefois au cours des observations qui en ont été publiées : c'est l'écoulement par le vagin d'un liquide généralement clair et transparent, parfois hémorragique ; cet écoulement pouvant, du reste, être continuel ou périodique. Il est intéressant de remarquer que le volume de la tumeur diminue aussitôt qu'il vient à se produire. C'est là, en effet, une preuve que ce liquide séreux provient bien du kyste.

On observe, en outre, un certain nombre de signes physiques, qui nous sont fournis par la vue, le palper et le toucher vaginal.

L'inspection permet de constater le dégré de ballonnement du ventre.

La palpation est très difficile parce qu'elle est douloureuse ; mais, sous le chloroforme, elle permet de toucher une tumeur allongée, en forme de poire, présentant des saillies et fluctuante.

La percussion révèle une zone de matité, recouvrant la surface du kyste.

Par le toucher vaginal, on peut sentir la tumeur dans un des culs-de-sac. On la perçoit sous la forme d'une masse cylindroïde, accolée à l'utérus manifestement élevé et incliné

du côté sain. Dans le cas de kyste tubo-ovarien bilatéral, l'utérus est en antéflexion ou en rétroflexion.

Mais c'est surtout le palper bimanuel qui permet de se rendre un compte exact de l'état des annexes. On peut, par ce procédé, saisir un cordon dur et résistant, allongé, irrégulièrement bosselé, généralement mobile et indépendant de l'utérus. On peut aussi percevoir un bourrelet très net, continuant la tumeur du côté de la ligne médiane : c'est le pédicule du kyste.

Si le kyste tubo-ovarien était prolabé dans le Douglas, le toucher rectal, pratiqué avec précaution, serait très utile, car il nous permettrait d'en apprécier et d'en délimiter la forme et les contours.

L'interrogatoire et l'examen direct de la malade nous ont révélé l'existence d'une tumeur kystique, pelvienne ou abdominale, comprenant à la fois l'ovaire et la trompe. Sommes-nous en droit de porter un diagnostic ferme de kyste tubo-ovarien ? Nous ne le croyons pas ; car les divers symptômes fonctionnels et physiques observés se retrouvent dans la plupart des affections annexielles.

Un des signes que plusieurs ont cru, à tort, pathognomonique du kyste tubo-ovarien, l'écoulement intermittent par le vagin d'un liquide séreux, se retrouve, en effet, dans nombre de salpingites, et en particulier dans l'hydrosalpinx, tandis qu'il n'est que rarement signalé dans les observations de kystes tubo-ovariens que nous rapportons.

On les confond très aisément avec un kyste de l'ovaire, un hydrosalpinx ou un pyosalpinx. On ne connait, du reste, dans la littérature médicale que deux cas (celui de Schramm et celui de Gottschalk), où les auteurs ont vérifié, par l'opération, l'exactitude de leur diagnostic de kyste tubo-ovarien. En un mot, le diagnostic est très difficile, et ce n'est géné-

ralement que la laparotomie qui renseigne le chirurgien sur la nature de la tumeur.

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans dire quelques mots du diagnostic des complications. Ces accidents peuvent être de deux ordres : la suppuration et la torsion du pédicule.

Dans le cas de suppuration, de transformation purulente du liquide intrakystique, on observe l'augmentation de la température; la tumeur devient sensible, plus volumineuse. La malade est couverte de sueurs et frissonne longuement. Le faciès se grippe ; on a noté des écoulements purulents.

La torsion du pédicule se révèle par une brusque douleur abdominale, très violente, avec une anxiété extrême. La respiration est saccadée, le pouls s'accélère, la malade a des nausées, puis vomit. Le ventre se ballonne, la constipation est opiniâtre. Bref, on assiste à l'ensemble des symptômes de la péritonite aiguë.

Le traitement médical est absolument impuissant; tout au plus la médication interne peut-elle être utile pour relever les forces de la malade et lui permettre de supporter l'intervention.

Le seul traitement est d'en pratiquer l'ablation par la laparotomie. La grossesse, arrivée à la période du travail et la dégénérescence cancéreuse avec noyaux disséminés, n'en sont que les seules contre-indications absolues.

On doit : inciser la paroi abdominale sur une longueur de 10 à 12 centimètres, inciser le péritoine.

Ponctionner avec un gros trocart le kyste, facilement reconnaissable à sa coloration blanc-bleuâtre.

Sectionner le pédicule entre une double ligature.

Examiner l'autre ovaire et l'enlever s'il est malade.

Après toilette de la séreuse, faire la suture à trois étages et compléter l'opération par un bandage de corps bien serré.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Professeur Tédenat)

Kyste tubo-ovarien gauche avec kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ablation. Guérison (Observation recueillie par Zalachas).

Julie C..., 28 ans, entre à l'hôpital suburbain le 3 décembre 1892, pour des douleurs dans le bas-ventre et des métrorrhagies. Rien à noter dans ses antécédents que ce qui se rapporte à sa maladie actuelle

Réglée à 14 ans régulièrement, pendant trois jours, sans malaises.

Mariée à 21 ans. Accouchement normal à 23 ans. A 25 ans, après une quinzaine de jours de pertes jaunes, avec chaleur à la vulve et mictions cuisantes, survinrent des accidents de pelvi-péritonite qui tinrent la malade au lit pendant un mois. Depuis lors, douleurs habituelles dans le bas-ventre et les reins ; pertes blanches. La menstruation est précédée, pendant huit ou dix jours, d'une recrudescence des douleurs lombo-abdominales et dure dix ou onze jours, plus abondante que jadis. La santé générale est moins bonne, dyspepsie fréquente, digestions lentes, constipation habituelle. De loin en loin, menues poussées de péritonite. Une poussée plus forte qu'à l'ordinaire a tenu la malade au lit du 20 septembre au 10 octobre.

Le docteur Cambassedés, qui soigne cette dame depuis longtemps, a trouvé une tumeur qu'il croit être un fibrome. Il adresse la malade à M. le professeur Tédenat.

4 décembre 1902. Femme pâle et amaigrie. Pertes blanches. Urétrite légère.

Par le palper abdominal, on sent vaguement une tumeur dans la partie gauche de l'hypogastre. Sensibilité à la pression.

L'exploration combinée donne les résultats suivants : Le col, granuleux, est un peu tuméfié, béant avec une déchirure de la commissure gauche. Il regarde un peu en avant et à gauche. Le fond de l'utérus est repoussé un peu à droite de la ligne médiane et en rétroversion légère. L'utérus ne paraît pas augmenté de volume, mais a perdu de sa mobilité. Sur son côté gauche, tumeur vaguement bilobée, dure, douloureuse à la pression, peu mobile, formant légère voussure dans la moitié gauche du cul-de-sac postérieur. Un sillon très net sépare la saillie du bord gauche de l'utérus. On sent les annexes droites, qui semblent saines.

La tumeur, du volume des deux poings, est considérée par M. Tédenat comme une annexite à cause de son siège et des poussées de péritonite antérieures.

8 décembre. Laparotomie médiane. Quelques adhérences du grand épiploon à la tumeur sont rapidement libérées. La masse adhère à la face postérieure du ligament large, mais le décollement se fait sans grandes difficultés. La trompe, épaissie et noduleuse, est sectionnée au ras de la corne utérine ; une ligature est posée sur le ligament infundibulo-pelvien raccourci et épaissi, et la masse morbide est enlevée. Suture du foyer d'excision. Les annexes du côté droit, à peu près saines, sont laissées en place. Suture de la paroi abdominale avec des fils d'argent à anse unique prenant bien les divers plans. Suites opératoires simples Petite métrorrhagie du 11 au 14 décembre. Guérison complète le 24 décembre. La malade quitte l'hôpital le 28.

Examen des pièces.— La tumeur se compose de la trompe épaissie et noduleuse dans ses trois premiers centimètres internes, dilatée en sacto-salpynx dans le reste de son étendue et fusionnée avec l'ovaire, qui a les dimensions des deux poings et présente l'aspect bosselé d'un kyste multiloculaire. A l'union de la portion cylindro-noduleuse avec la portion kystique de la trompe, existe un sillon d'étranglement et une légère torsion. Nouveau sillon surtout marqué aux faces antérieure et postérieure, à l'union de la collection tubaire avec l'ovaire. Par places, des travées fibreuses sont jetées en pont au-dessus de ce sillon.

La portion interne de la trompe a son orifice très étroit. Sa paroi

épaissie, dure. Elle est incisée sur son bord supérieur, et l'incision est prolongée sur la portion kystique et à travers un orifice de communication entre le sacto-salpynx et une poche kystique ovarienne. Le liquide contenu dans la poche en bissac est visqueux, de couleur jaune foncé. La cavité sacto-salpingienne logerait une grosse amande. Sa face interne est lisse, de couleur rose, avec quelques points d'un rouge vif. La poche ovarienne logerait une mandarine. Dans sa partie diamétralement opposée à l'orifice de communication, on voit deux bosselures qui sont formées par la saillie de kystes.

L'orifice qui fait communiquer le sacto-salpynx avec la poche ovarienne est arrondi, de deux centimètres de diamètre. On y reconnaît deux franges tubaires libres et flottantes repliées dans le sacto-salpynx. Deux autres franges accolées l'une à l'autre et rétractées, adhèrent au pourtour de l'orifice. Le reste de l'ovaire a les caractères d'un kyste multiloculaire classique.

Sur des coupes microscopiques faites au laboratoire d'anatomie pathologique, on a constaté que, par places, l'épithélium tubaire était conservé, mais sans ses cils vibratiles Lésions banales de la salpingite.

Observation II

(Professeur Tédenat)

Kyste tubo-ovarien à contenu hématique. Ovaire scléro-kystique, torsion du pédicule tubaire. Ablation. Guérison.

Maria D..., 36 ans, entre à l'hôpital suburbain dans le service de M. Tédenat, le 5 février 1894. Femme robuste; fièvre typhoïde à 22 ans. Réglée à 12 ans ; les règles, régulières, duraient cinq jours sans souffrances. Accouchements à 24 et 26 ans. Il y a quatre ans, la malade eut des accidents nets, mais peu intenses, de métro-péritonite avec pertes jaunes, mictions fréquentes et douloureuses. Depuis lors, elle souffre souvent à l'époque de ses règles. Il y a un an, à la suite d'un curettage fait à Marseille, elle a eu une forte poussée de pelvi-péritonite qui l'a laissée dans un état de souffrances

continuelles et assez vives. Elle digère mal, est très constipée ; les règles durent une dizaine de jours, avec recrudescence des douleurs.

7 *février*. Col utérin gros, grenu, regardant en avant dans l'axe du vagin. Corps en rétroversion. Cul-de-sac postérieur déprimé par une masse bosselée, formée surtout par les annexes gauches, que la main placée sur l'abdomen palpe aisément. Elles forment une masse plus grosse qu'un gros poing d'adulte, à peu près immobile et très sensible à la pression.

On arrive à palper les annexes droites, qui sont en léger prolapsus, ont les dimensions d'un œuf de poule, sont moins sensibles et moins immobilisées que les annexes gauches.

La longue durée des souffrances, leur aggravation progressive, malgré le repos et les divers traitements employés, décident M. Tédenat à pratiquer l'ablation des organes malades. D'ailleurs, Mme D... supplie qu'on l'opère.

10 *février*. *Laparotomie*. Les annexes droites sont enlevées en premier lieu sans grandes difficultés. L'ablation des annexes gauches est pénible, à cause des adhérences. Elles sont enfin pédiculées et enlevées après section au ras de la corne utérine.

La malade guérit en 20 jours malgré un petit abcès de la partie inférieure de la ligne de suture.

M. Tédenat a eu souvent l'occasion de revoir la malade, qui jouit d'une bonne santé et n'a jamais éprouvé d'accidents nerveux d'aucune sorte.

Examen des pièces. — Nous passerons sous silence l'état des annexes droites, qui présentaient les altérations ordinaires de la salpingite scléro-hypertrophique avec adhérences de l'ovaire à la trompe, dont le pavillon était oblitéré et qui contenait un peu de liquide puriforme dans la région ampullaire.

Du côté gauche, la trompe, épaissie et noduleuse, avait subi à 2 centimètres de son extrémité utérine, une torsion de près de deux tours de spire, et cette torsion était maintenue par des adhérences établies de part et d'autre du sillon de torsion. Immédiatement en dehors de la ligne de torsion, la trompe est dilatée en forme de sac, ayant l'aspect et les dimensions d'un œuf de poule, dont le grand axe, par le fait de la torsion, se déjette en arrière et en dehors. A l'extrémité antéro-externe arrondie du sacto salpynx, est appli-

qué l'ovaire, qui forme une poche kystique du volume d'une pomme d'api. Des adhérences anciennes et d'autres plus récentes sont disposées irrégulièrement autour de la masse annexielle. Elles sont surtout développées autour de la ligne de soudure de la trompe avec l'ovaire. Pour détordre la trompe, il a fallu sectionner les tractus fibreux qui passaient d'un côté à l'autre du sillon de torsion.

Le sacto-salpynx est incisé suivant son axe. Il s'écoule environ un verre à bordeaux de liquide hématique, visqueux et noirâtre. La collection intra-ovarique s'écoule par l'incision de la paroi tubaire, lentement et grâce à de légères pressions. La poche ovarienne est incisée, et alors on voit les deux côtés de l'orifice qui met en communication la cavité tubaire avec la cavité ovarienne. Cet orifice est arrondi, avec un diamètre de 3 à 4 millim., et son pourtour est godronné par suite de la saillie des franges irrégulièrement accolées les unes aux autres et peu distinctes. La face interne de la paroi tubaire est tomenteuse avec des vaisseaux dilatés. Çà et là sont des plaques jaune ocre, comme s'il y avait eu des hémorragies interstitielles. L'ensemble de la paroi est épaissi.

La poche ovarienne présente un aspect analogue, mais moins tomenteux. Le reste de l'ovaire est bourré de kystes, dont quelques-uns ont les dimensions d'une petite noix. Ces kystes sont séparés les uns des autres par des cloisons fibreuses épaisses. La couche corticale de l'ovaire est épaissie et dense ; par points, il existe des nodules et des plaques légèrement saillantes de tissu fibreux.

Il est probable que le processus de formation de ce kyste tubo-ovarien a été le suivant : Sous l'influence de la blennorrhagie et peut-être aussi du curettage, il s'est fait une poussée de salpingite avec collection muco-purulente et de péri-salpingite qui a soudé la trompe à l'ovaire sclérokystique. Puis, quand la torsion a eu lieu, il s'est produit des troubles de nutrition qui ont amené la perforation de la cloison séparant le kyste ovarique principal avec le sacto-salpynx. Cette torsion a dû produire l'épanchement sanguin.

Observation III

Katschker. — Traduite de l'allemand (*Archiv für Gynœcologie*, 1901).

La malade, âgée de 28 ans, est mariée (4 accouchements et 4 avortements). Le dernier accouchement a eu lieu un an environ avant son entrée à l'hôpital, et le dernier avortement après deux mois de grossesse, il y a à peu près neuf mois. Le premier accouchement fut pénible et eut des suites graves : il y eut des douleurs lombaires et des écoulements. Plus tard, les règles devinrent plus régulières; mais, à partir du dernier avortement, elles apparurent plus abondantes, plus fortes et irrégulières. La dernière, qui eut lieu il y a trois semaines, dura 14 jours.

Etat actuel. — Femme petite, normalement bâtie, d'un aspect un peu anémique. Le toucher fait sentir l'utérus en antéflexion, pas ou peu grossi, avec le col cloisonné. Les annexes droites étaient légèrement hypertrophiées, d'une grosseur de pomme et douloureuses.

Le 9 mars 1899, anesthésie au chloroforme et laparotomie : incision transversale du fascia au-dessus de la symphyse (Pfannenstiel). L'utérus et les annexes étaient très fortement fixés et recouverts par des adhérences « qu'il n'était pas difficile de décoller.» On a enlevé une partie de l'ovaire gauche, la trompe gauche et la partie de l'utérus qui est en rapport avec elle. A cet endroit, on a ensuite cautérisé la cavité utérine et on a suturé. Les annexes droites sont transformées en une tumeur kystique de la grosseur d'une pomme. A la pression, elle éclate et laisse écouler un liquide séreux, louche et purulent. On enlève cette tumeur avec une partie de la trompe. Toilette, fermeture et points de suture. La malade sort guérie le 22 avril 1899.

Anatomie pathologique. — Les annexes gauches sont constituées par l'extrémité gauche de la trompe et par la trompe elle-même fortement tendue, épaissie et noueuse. Sa surface extérieure est richement recouverte par de fins tractus irréguliers. Sa longueur est de 12 centimètres, sa frange terminale est bien déroulée; à la pression, on voit sortir par l'ostium abdominale des masses grumelleuses et jaunâtres. La trompe droite, flexueuse surtout du côté de son extrémité, forme cinq sinuosités très rapprochées et recouvertes d'adhé-

rences. Son pourtour, du côté de l'abdomen, mesure près de sept centimètres La trompe se jette dans un kyste de la grosseur d'une pomme (celui qui a éclaté pendant l'opération). Au-dessous de celui-ci se trouve l'ovaire dont il est séparé par une cloison. L'ovaire n'a pas sensiblement augmenté de volume, il contient plusieurs petits kystes et est relié à l'utérus, à la trompe et au kyste par de riches adhérences de la grosseur d'une pomme. On voit que la frange terminale d'un demi-centimètre se trouve en entier dans la trompe, tandis que les grosses franges, déjà bien développées, sont épanouies en forme d'éventail sur les parois du kyste, sans tout de même leur être adhérentes, de sorte qu'elles peuvent flotter librement dans le contenu kystique. A la pression, pendant l'opération, il est sorti par l'ostium abdominale de la trompe un pus jaunâtre. La paroi du kyste est de 4 millimètres d'épaisseur; la paroi interne, dilacérée, est recouverte de végétations.

Il n'y a pas de communication entre ce kyste et l'un des petits kystes déjà mentionnés.

Au microscope, on constate que la paroi du kyste est formée de trois couches :

1° L'externe contient peu de végétations, mais elle est constituée par du tissu fibreux très dense ;

2° Celle du milieu possède quelques végétations de plus, avec, par endroits, quelques leucocytes ;

3° L'interne est formée de tissu granuleux.

Dans la paroi du kyste, on n'a pas pu trouver de fragment de tissu ovarien «*Eierstocksgewebe*» comme l'avait laissé prévoir l'examen macroscopique.

Observation IV

Hoffmann. — Traduite de l'Allemand (*Arch. für Gynæcologie*, 1901).

La malade, âgée de 31 ans, fut réglée à partir de 17 ans, régulièrement toutes les quatre semaines ; les règles duraient quatre jours ; depuis quelque temps seulement, elle les vit avancer de deux ou trois jours. Il y a treize ans, suites de couches normales, après un accouchement normal ; six mois après avortement. Il y a trois semaines, diarrhées profuses, et dans le bas-ventre douleurs inten-

ses, si intenses même qu'elles arrachaient à la malade des cris atroces.

Le 10 novembre 1899, cette malade arrive dans le service du professeur Pfannenstiel et y reste dix jours. L'utérus était nettement en rétro-version et en rétro-flexion. A sa droite, on sentait une tumeur douloureuse à parois flasques, qui arrivait jusqu'à la partie droite du bassin. Dans les selles, on trouva des matières anormales qui pouvaient faire penser à une maladie de l'intestin ; il n'en était rien.

La malade fut traitée par l'hydrothérapie, mais elle revint au bout de deux mois avec une rétro-flexion fixe de l'utérus et une tumeur annexielle des deux côtés.

Le 9 janvier 1900, *opération.* — La tumeur des annexes droites se déchire et laisse écouler un liquide trouble, graisseux et séro-purulent. Lavage complet et soigné. Quelques jours après, apparaît une pneumonie droite. Le 17 février, la malade est renvoyée guérie.

Anatomie pathologique. — Les pièces se composent de la partie supra-vaginale de l'utérus et des annexes des deux côtés formant une tumeur. La trompe gauche mesure 10 centimètres de long et est fortement tendue ; elle se prolonge en ayant la forme « d'une saucisse » dont le calibre augmenterait progressivement jusqu'à atteindre environ 6 centimètres ; aussi, au niveau de son ostium abdominale, est-elle à peu près égale à un ovaire gros comme une noix de coco. Les franges sont quelque peu retournées en dedans, mais l'ostium abdominale présente cependant une ouverture où un doigt peut encore passer. De leur extrémité partent de longs tractus adhérant à l'ovaire et des pseudo-membranes. — La trompe droite, du côté de l'utérus, est normale ; mais, du côté abdominal, elle est fortement tendue, de la grosseur du pouce, et, après un parcours de 13 centimètres, elle se transforme en une tumeur du volume d'un œuf de poule. Celle-ci, ouverte, permet de voir que la trompe laisse écouler dans le kyste une sécrétion purulente. Macroscopiquement, les franges ne sont pas visibles, mais on aperçoit, sans trop de difficulté, les plis de la trompe.

La membrane interne du kyste ressemble à une membrane d'abcès ; l'épaisseur de la paroi varie de 3 à 5 millimètres. On ne peut distinguer le tissu ovarien, mais, au microscope, on arrive néanmoins à voir que dans la paroi du kyste il existe du tissu ovarien, presque partout constitué de follicules atrésiés et surtout formé de

« corps jaunes fibreux». Il existe seulement un endroit, de la surface de 10 pfennigs, près de la trompe où l'on ne trouve pas, dans la paroi du kyste, du tissu ovarien ancien.

A l'intérieur du kyste, on constate la présence des franges, tandis qu'au pourtour de l'orifice de la trompe, on n'a pu les voir, bien qu'on dût s'attendre à les y trouver. La membrane interne du kyste n'a plus d'épithélium et est déchirée. On pourrait supposer avoir affaire à un kyste du corps jaune.

Observation V

Schaal.— Traduite de l'allemand (*Archiv. für Gynœkologie* 1901)

La malade, âgée de 38 ans, est mal réglée depuis six semaines ; jusqu'alors ses règles, d'une abondance moyenne, avaient apparu régulièrement. Mariée depuis 20 ans, il y a 17 ans, elle a eu des couches normales. Elle ressentit il y a environ 5 ou 6 ans, dans le bas-ventre, de grandes douleurs qu'on essaya, toujours sans résultat, de faire disparaître. Depuis 5 ou 6 semaines, de très abondantes hémorragies se sont jointes à ces violentes douleurs et ont obligé la malade à aller voir le professeur Pfannenstiel.

Examen. — Femme grasse, pâle, mauvaise mine générale, chairs flasques et molles, parois abdominales relâchées. L'utérus, antéfléchi, est dur et d'une grosseur moyenne. Du côté gauche de l'utérus, se trouve une tumeur grosse à peu près comme le poing et douloureuse à la pression.

Le 14 novembre 1900, opération radicale par le vagin ; l'utérus et les annexes des deux côtés, très modifiés par la tumeur, ont été enlevés. Le 4 décembre 1900, la malade sort tout à fait guérie.

Anatomie pathologique. L'utérus est modifié et agrandi par une métrite, mais ne présente pas d'autres particularités. Les annexes gauches sont en partie déchirées pendant l'opération. La trompe droite est tendue et les franges de la tumeur, ratatinées « *eingekrempelt* », sont recouvertes par des adhérences. L'ovaire droit est légèrement augmenté. Par son extrémité abdominale, la trompe gauche, richement recouverte par des adhérences, aboutit à un kyste qui atteint à peu près, le volume d'une orange, au pôle opposé duquel

se trouve une petite tumeur qui a presque la grosseur d'un œuf de poule et qui, de plus, présente en partie les caractères d'un kyste. On fait une incision frontale passant à travers les trois formations. On voit alors que la trompe, non oblitérée, s'ouvre dans le kyste du volume d'une orange, qui est rempli d'un pus sans odeur, très fluide, jaunâtre. Il communique par une ouverture semi-lunaire avec la petite tumeur dont nous avons déjà parlé et qui atteint la grosseur d'un œuf de poule.

En outre, on trouve autour du kyste un « manchon » (knollen) en partie solide, formant une espèce de paroi forte, dont l'épaisseur, à peu près la même partout, varie de 3 à 5 millimètres. La partie interne du kyste présente un aspect granuleux de couleur jaune.

Les recherches microscopiques démontrent que la tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, est en communication avec de nombreux foyers d'abcès qui communiquent entre eux et sont situés dans l'ovaire. Le kyste proprement dit, c'est-à-dire le kyste de la grosseur d'une orange, présente les mêmes caractères que la pyocèle péritubaire décrite par Pfannenstiel. Le pavillon est entouré par la pyocèle, et les franges elles-mêmes sont en partie intimément collées au kyste par leur face abdominale, ou flottent librement à l'intérieur du kyste.

Observation VI

Michaux. — *Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1901.

Je présente à la Société de chirurgie une pièce intéressante de kyste tubo-ovarien, que j'ai enlevé ce matin même chez une femme de 42 ans, dans mon service de Lariboisière.

Comme on peut le voir sur cette pièce, il existe une communication entre un kyste en apparence ovarienne et la trompe dilatée du volume du doigt.

A la face interne de la paroi du kyste, on voit l'orifice de communication du kyste et de la trompe. Cet orifice mesure environ un centimètre; comme dans les observations analogues, il est strié de petits plis divergents en très petit nombre ; ces plis ne sont autre chose que les franges du pavillon de la trompe.

Les faits de ce genre ont été peu étudiés dans notre pays, mais

en Allemagne et en Amérique, ils ont fait l'objet de mémoires nombreux qui manquent d'ailleurs de conclusions fermes sur la pathogénie de cette affection. Je ferai seulement remarquer que dans ma pièce, l'ovaire est absolument distinct de la poche; la trompe paraissait avoir sa longueur normale; elle était dilatée partout comme dans un cas moyen d'hydrosalpinx; le kyste se vidait imparfaitement par la trompe comme s'il y avait eu une soupape, un clapet qui fermât l'orifice de communication.

La paroi du kyste était lisse, assez épaisse et paraissait distincte du pavillon de la trompe.

Observation VII

Legueu. — Thèse de Cabaniols, 1900.

Mme H. L..., entrée à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi, suppléé par M. Legueu, le 11 août 1899. Agée de 38 ans, réglée à 12 ans, elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. Des règles toujours abondantes durant quatre ou cinq jours. Elle vient consulter pour une tumeur dont elle s'est aperçue à l'augmentation de volume de son ventre.

Il y a environ trois mois qu'elle s'est aperçue que son ventre augmente; en même temps, elle souffre un peu du côté droit et quelquefois aussi du côté gauche.

A l'inspection, on constate un développement anormal du ventre dans la région sous-ombilicale; une tuméfaction régulière soulève la paroi. Par le palper, on reconnaît aisément qu'il s'agit d'une tumeur fluctuante, mate, lisse, dont la convexité supérieure affleure l'ombilic. L'extrémité inférieure plonge dans l'excavation pelvienne, où il est impossible de la sentir par le palper abdominal.

Au toucher vaginal, on trouve l'utérus, ou plutôt on devine l'utérus en antéflexion sous-jacent à la tumeur et indépendant d'elle.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire. L'opération est pratiquée le jeudi 24 août par M. Legueu.

Elle est simple; le kyste est vidé, il est développé dans l'ovaire droit. Le pédicule, assez large, est sectionné aux ciseaux. Des ligatures sont placées sur les vaisseaux et un surjet pour le péritoine recouvre les surfaces cruentées.

L'ovaire gauche est parsemé de petits kystes; il est cautérisé en plusieurs endroits avec la pointe du thermocautère.

La paroi abdominale est fermée à trois étages. La guérison se produit sans incident. La tumeur enlevée présente cette particularité, que la trompe est en large communication avec le kyste. Celui-ci est un kyste tubo-ovarien.

Suivie depuis son extrémité utérine, la trompe chemine devant le kyste, se renfle en massue, et à son extrémité extérieure se confond avec la paroi du kyste.

Le kyste a la forme d'un kyste uniloculaire de l'ovaire; sa surface extérieure est lisse, régulière, dépourvue d'adhérences. Sa surface interne est également unie, sans dépressions, sans poches secondaires.

En avant, toujours sur cette surface interne, se voit facilement un large orifice, dans lequel trois doigts peuvent pénétrer de front; c'est le pavillon élargi de la trompe et fusionné avec la paroi du kyste à tel point qu'il est difficile de dire où commence l'une et où finit l'autre. A quelque distance du pavillon cependant, on retrouve sur le kyste, toujours du côté interne, des saillies d'apparence muqueuse, qui sont sans doute les franges étalées et amincies du pavillon.

La trompe à sa partie extérieure est dilatée, sa muqueuse paraît amincie, les franges se sont étalées.

A noter qu'il n'est nulle part constaté de fragments reconnaissables de l'ovaire; de même, il n'y avait sur le péritoine aucune trace d'adhérences.

Il a été prélevé trois fragments pour l'examen histologique : un premier sur la trompe, un deuxième sur le kyste, un troisième sur la partie du pavillon qui est en communication avec le kyste.

Les coupes du premier fragment nous ont montré une trompe avec sa constitution histologique normale, l'épithélium est conservé. La paroi du kyste avait la structure habituelle; quant au troisième fragment, qui aurait peut-être pu laisser voir la transition entre la trompe et le kyste, il n'a rien présenté de particulier.

Observation VIII

Legueu.— (Extrait des comptes rendus de la *Société d'Obstétrique* de Paris 1899).

« Je vous présente deux tumeurs kystiques enlevées par laparotomie : ce sont deux kystes tubo-ovariens sur lesquels on voit nettement la communication de la trompe avec la cavité du kyste. A ce point de vue déjà, ces pièces présentent un certain intérêt. Le diagnostic clinique, l'opération elle-même, ont présenté quelques particularités intéressantes, sur lesquelles je me permettrai d'attirer quelques instants votre attention.

Le 1er mai 1899, je fus appelé par mon confrère, le Dr Meynier, pour voir une de ses malades dont l'état lui paraissait devoir exiger une intervention d'urgence.

Il s'agissait d'une femme de 36 ans, mariée et sans enfants, bien réglée et bien portante, qui, le vendredi 27 avril, avait été prise brusquement de violentes coliques du côté gauche, avec sensations de nausées et tendances à la syncope. Le lendemain, les douleurs continuent : la malade reste au lit, ne va pas à la selle, mais ne croit pas devoir appeler son médecin.

Le surlendemain, 30 avril, elle prend un grand purgatif qui ne fait presque pas d'effet, et, le lundi matin, se trouvant plus souffrante, elle fait appeler son médecin.

Ce dernier constate un état de sensibilité assez accentué dans tout l'abdomen, plus particulièrement à gauche ; le ventre est ballonné, surtout au-dessous de l'ombilic. Il y a de la fièvre, le thermomètre monte à 38° ; le pouls est à 110, la langue est sèche, le faciès légèrement altéré.

On diagnostique une appendicite avec péritonite, et ce diagnostic est confirmé par mon confrère, le docteur Courtray de Pradel, qui est appelé en consultation. Une opération d'urgence est reconnue indispensable.

C'est dans ces conditions que je suis appelé à voir la malade dans l'après-midi du 1er mai. A ce moment, la température était à 39° ; le pouls battait à 130. Le ventre était ballonné et tendu, il y avait de la submatité dans toute la moitié inférieure de l'abdomen, là où le gonflement était au maximum.

La douleur était plus marquée à gauche qu'à droite, mais la défense musculaire rendait assez difficile l'exploration de la région. Il n'y avait pas encore eu de vomissement, mais la langue était sèche, la soif vive.

La brusquerie et la marche des accidents me faisaient pencher pour une appendicite ; j'explorais cependant l'utérus et les annexes. L'utérus était douloureux quand on le mobilisait ; les culs-de-sac n'étaient pas distendus, mais douloureux à la pression. De ce côté, d'ailleurs, il n'y avait rien de net dans le passé de la malade ; elle n'accusait ni douleurs, ni troubles dans la menstruation.

Elle disait qu'elle avait toujours eu le ventre gros, bien que n'ayant jamais eu d'enfant. Mais ce détail me parut secondaire en présence des phénomènes actuels, et je n'y attachai pas d'importance, je pensai donc que nous étions en présence d'une attaque d'appendicite à marche rapide, avec réaction péritonéale; et, dans ces conditions, il me paraissait imprudent d'attendre au lendemain.

Je la fis transporter dans une maison de santé, et je l'opérai le soir même à 9 heures, avec l'aide de mes deux confrères.

Sous le chloroforme, je cherchai à préciser les sensations fournies par le palper de l'abdomen, j'y devais trouver des surprises. A gauche de l'ombilic, en effet, et dans toute la hauteur de l'abdomen, je constatais une tumeur lisse, régulière, tendue, mais manifestement fluctuante ; je ne sentais ni son extrémité supérieure trop haute, ni son extrémité inférieure trop basse. A droite, une tumeur de même nature que la première, de même volume à peu près, m'apparaissait ; elle était indépendante de la première, et en était séparée par un sillon médian assez accentué. Rapprochant ces sensations de celles que j'avais constatées en faisant le toucher vaginal, je pensai avoir affaire à un double kyste ovarique dont la torsion était sans doute le point de départ et la raison des accidents actuels.

Dans ces conditions, il était tout indiqué de faire une laparotomie médiane. Je fais donc une incision sous-ombilicale médiane, et, le péritoine ouvert, je reconnais en effet deux tumeurs kystiques juxtaposées sur la ligne médiane, tenant toutes les deux aux cornes de l'utérus. Il n'y a pas de traces de péritonite adhésive récente : mais, au moment où le péritoine a été ouvert, une certaine quantité de liquide ascitique louche s'est échappée à l'extérieur.

Le kyste droit est ponctionné : j'en retire environ deux litres d'un liquide séro-hématique. Il y a aussi dans une poche du pus très net. Ce kyste est libre d'adhérences, mais il est partiellement inclus dans la partie supérieure du ligament large : je puis passer au-dessous de lui une ligature en chaîne et l'exciser. Je procède de même à l'ablation du kyste gauche : j'en retire, comme de l'autre côté, à peu près deux litres de liquide brun, hématique et d'odeur extrêmement fétide. Ce kyste est enclavé dans le ligament large, bien que par son extrémité supérieure il confine à la région du flanc gauche : en bas il est inclus dans le ligament large, il a même dédoublé le péritoine pariétal et le mésocôlon iliaque. Je procède à l'énucléation du kyste et à la dissection de ces adhérences. Sous le kyste, une grosse artère est liée, c'est l'utéro ovarienne, elle a les dimensions d'une humérale ; un cordon blanc cylindrique, accolé au pôle inférieur du kyste, est également isolé avec soin, c'est l'uretère. Le pédicule utérin du kyste est lié à la soie, comme de l'autre côté.

L'opération est terminée par la suture de la paroi abdominale à trois étages.

Le lendemain de l'opération, la courbe de température révélait une brusque détente, et le surlendemain, la température retombait à la normale.

La fièvre, il est vrai, reparaissait le troisième jour et devait même persister pendant vingt jours. Le matin, le thermomètre marquait 38° ; le soir, il s'élevait à 39° ou 39°,5, et cette période relativement longue de pyrexie fut traversée sans que rien se manifestât de particulier du côté de l'état local. L'état général alla même s'améliorant chaque jour, et la malade, malgré cette fièvre, en somme assez élevée, pouvait s'alimenter comme si la température avait été absolument normale.

Seule la vessie resta paresseuse pendant les huit premiers jours, et il fallut l'évacuer plusieurs fois par jour ; je me suis demandé un moment si cette fièvre persistante ne devait pas être mise sur le compte de cette rétention vésicale septique, d'autant plus qu'elle fut méconnue les premiers jours ; mais comme la fièvre ne céda pas à l'évacuation régulière et méthodique de la vessie, ni à la sonde à demeure, ni aux lavages antiseptiques, j'ai pensé que la fièvre était le résultat de la toxémie et que celle-ci résultait elle-

même des toxines puisées à l'intérieur et à la surface des kystes enlevés par la laparotomie.

Quoi qu'il en soit, la malade est actuellement complètement guérie.

Il y a dans cette observation deux points à souligner; l'un a trait à la clinique, l'autre concerne l'anatomie pathologique des pièces que je vous présente.

Le fait clinique, qui me paraît particulier, c'est celui du début brusque des accidents de péritonite, provoquée par la suppuration de kystes existant vraisemblablement chez cette malade depuis assez longtemps. Ces accidents ressemblaient de tous points à ceux de la torsion des kystes de l'ovaire, et c'est à ce diagnostic que je m'arrêtai lorsque j'eus constaté la présence d'une tumeur abdominale, je pensais avoir affaire à un kyste tordu : l'opération m'a montré qu'il n'en était rien. Que la suppuration des kystes de l'ovaire se traduise par des phénomènes de péritonite, il n'y a là, après tout, rien que de très naturel. Mais que cette suppuration se traduise brusquement par des phénomènes bruyants, sans avoir été précédés d'une phase de transition, celà me paraît un fait particulier que je voulais mettre en relief.

Le fait anatomique intéressant a trait à la morphologie des tumeurs kystiques que j'ai enlevées. J'avais pensé tout d'abord qu'il s'agissait de deux kystes de l'ovaire. Mais l'examen des pièces devait me montrer que ces kystes étaient moins simples.

J'avais été frappé, au cours de l'opération, de ce que le pavillon de la trompe n'était pas visible, et cependant j'étais sûr d'avoir enlevé ces trompes, dont j'avais reconnu la coupe dans le pédicule.

Je recherchai donc les trompes à la surface de ces tumeurs : elles se détachent très nettement à la surface des kystes ; mais suivies jusqu'au niveau du pavillon, on ne voit rien qui rappelle l'extrémité de la trompe ; celle-ci se perd à la surface de la tumeur et se confond avec elle.

Après avoir ouvert ces kystes, je pus m'assurer des rapports qu'ils affectaient avec le pavillon de la trompe, et réciproquement. La trompe s'ouvre largement dans la cavité kystique ; si bien que le kyste semble le renflement de la trompe. En observant de plus près, il est facile de voir les franges du pavillon de la trompe étalées à la surface interne de la poche. Le reste de la tumeur présente

les caractères d'un kyste suppuré de l'ovaire : paroi épaisse, recouverte par places de l'aileron du ligament large dans lequel elle fut englobée ; cavité uniloculaire, tapissée de dépôts fibrineux dus à l'inflammation récente ; enfin, surface interne tapissée d'un épithélium cylindrique. A gauche, l'ovaire est conservé au pôle inférieur de la tumeur ; à droite, il est impossible d'en trouver un vestige.

Ainsi constituées, ces tumeurs sont des kystes tubo-ovariens, c'est-à-dire des kystes ovariques en communication avec la cavité de la trompe. Il ne s'agit pas d'hydrosalpinx, parce que le volume serait extraordinaire ; à droite, d'ailleurs, il n'existe pas trace d'ovaire.

Ce sont des kystes ovariques, avec lesquels la trompe s'est mise en communication. Cette variété de kyste est bien connue, quoique assez rare ; je vous présente ces tumeurs pour cette raison, et aussi pour le volume qu'elles présentaient et qui est rarement signalé dans les observations antérieures.

S'agit-il d'une communication concomitante ou consécutive? Y avait-il hydrosalpinx primitif, et celui-ci s'est-il mis en communication secondaire? Je ne le saurais dire. Je ferai remarquer toutefois que la trompe, dans sa portion extra-kystique, était normale, non altérée, avec des plis normaux sur la face interne. Si le kyste ne s'évacuait pas par la trompe, c'est que la trompe s'enroulait autour du pôle inférieur du kyste et que le développement de celui-ci avait aplati le calibre de la trompe.

C'est à cette communication qu'est due la suppuration et la série des accidents que j'ai eu à traiter.

Observation IX

Bernier. — Traduite de l'allemand.

Le 20 octobre 1874, Bertha Schutz vint pour la première fois à la clinique ; elle était âgée de 29 ans, elle avait eu ses premières règles à 20 ans. Elle avait accouché neuf ans auparavant, elle était mariée depuis trois ans. Bientôt après son mariage, elle eut des hémorragies et des douleurs de rein. Les règles étaient devenues irrégulières ; depuis trois semaines, elle avait des pertes de sang. Le ventre est distendu par une tumeur sphérique nettement sensible et limi-

tée ; elle s'étend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le tour du ventre mesure 82 centimètres. La tumeur est sensible à la pression, mate à la percussion. Le col est refoulé en arrière, gros et long. Le cul-de-sac antérieur est occupé par une tumeur qui fait aussi saillie à gauche et en arrière. La tumeur est mobile, on n'y entend pas de bruits du cœur.

Le 6 février 1875, la malade déclara avoir toutes les trois semaines des hémorragies qui duraient huit jours ; la dernière s'était produite la semaine précédente. Le ventre est devenu plus gros, le tour atteint maintenant 88 centimètres. La malade se plaint de douleurs de rein et de ventre, unies à une sensation de pesanteur. Le col est en arrière, et on sent par le palper et le toucher combinés l'utérus gros, comprimé par la tumeur. On avait fait plusieurs injections d'ergotine sans résultat.

En mars, la malade eut ses règles qui durèrent huit jours.

Le 25 novembre 1879, on trouvait : l'utérus en avant ; à sa droite une tumeur pédiculée de la grosseur d'une tête d'enfant, dure. L'ovaire gauche est légèrement gros et adhérent. On jugea l'ablation de la tumeur nécessaire, on croyait que c'était une tumeur ovarienne. L'opération fut faite le 21 décembre par le professeur Schrœder.

Opération. — Après avoir ouvert l'abdomen, on aperçut une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Elle avait de fortes adhérences avec le ligament large, avec le bord et la face postérieure et supérieure de l'utérus ; elles furent difficiles à rompre, on ne pouvait méconnaître les traces d'une ancienne péritonite Sur la tumeur, que l'on reconnut être un kyste ovarien droit, passait la trompe grosse, pleine de liquide ; elle se dilatait progressivement. Le pédicule allant à l'angle supérieur de l'utérus fut lié et sectionné, la tumeur fut enlevée. Sutures. Six jours après l'opération, la malade mourait de péritonite.

Description de la tumeur. — Je ne reçus la pièce qu'en 1880, elle était assez rétractée et primitivement grosse comme une tête d'enfant, elle représentait plus que le volume d'un poing.

L'ovaire droit a formé un kyste uniloculaire sur lequel la trompe est solidement soudée, elle débouche dans la cavité du kyste, elle est dilatée, mais elle a encore les plis de sa muqueuse. A l'embou-

chure, existe un anneau de tissu conjonctif; cet anneau présente un orifice qui, au moment de l'opération, était comparable à une pièce de 1 mark. Schrœder avait réussi à chasser quelques gouttes de liquide par l'extrémité sectionnée, en pressant sur la tumeur. La trompe fortement dilatée ne présente cependant pas l'aspect ordinaire des hydrosalpinx. Il arrive que, si la trompe contient beaucoup de liquide, son méso ne lui permettant pas de se dilater régulièrement, elle fait comme l'intestin, elle devient sinueuse. Ici, au contraire, la trompe grossissait, régulière, accolée à la tumeur ovarienne et se confondait avec elle ; le tout avait l'aspect d'une cornue.

Le Dr Thiede a fait une description plus complète, il a bien voulu me la communiquer.

« La trompe est très dilatée, les plis de sa muqueuse sont affaissés et espacés. Cette muqueuse paraît très mince, elle a une couleur d'un rouge vif. La structure est normale, l'épithélium existe partout. La muqueuse tubaire écarlate passe sur la paroi interne du kyste par l'orifice de communication entre la trompe et la tumeur ovarienne, elle forme des ramifications rayonnantes d'abord, larges ensuite, déliées et minces, leurs extrémités se rejoignent presque au pôle opposé du kyste, on y trouve un délicat épithélium cylindrique. La structure de la paroi du kyste de l'ovaire rappelle celle des kystes du parovarium. Il est lisse, son revêtement interne est formé par un délicat épithélium cubique; en quelques endroits, on voit des amas de cellules ovales ou rondes. La paroi du kyste de l'ovaire présentait des follicules de de Graaf ».

Observation X

Richard

C'est vers le milieu de cet hiver que j'eus l'occasion de faire une première observation. Ce fut sur une fille publique de 25 à 30 ans, qui fut apportée de Saint-Lazare à l'Ecole pratique pour la dissection ; l'autopsie n'avait point été faite ; il fut aisé de voir que la femme avait succombé à une affection typhoïde, ce que témoignaient les plaques ulcérées de l'intestin, l'état ramolli et demi-suppuré des ganglions abdominaux. Dès que l'abdomen fut ouvert, ses parties

génitales internes frappèrent mon attention. Je reconnus, chose très commune, un kyste volumineux de l'ovaire et je crus qu'une petite portion d'intestin grêle adhérait à sa face antérieure.

Mais, en séparant les parties, je vis que ce qui ressemblait à un intestin était la trompe utérine. En effet, tout le ligament large du côté gauche était distendu, par une poche kystique grosse comme une tête d'enfant, assez régulièrement sphérique, sur la face antérieure de laquelle venait se mouler la trompe de Fallope, que son origine au fond de l'utérus faisait aisément reconnaître. Ce canal, conservant ses dimensions ordinaires dans son tiers le plus interne, se renflait progressivement à partir de ce point et, dans toute sa moitié externe, prenait le calibre d'un intestin grêle, décrivant plusieurs flexuosités analogues à des circonvolutions intestinales ; enfin, il disparaissait dans les parois du kyste, juste au milieu du bord externe de ce dernier. Toute la portion renflée de la trompe était pleine de liquide, et, en comprimant même légèrement le kyste placé derrière, on sentait le passage évident du liquide de l'un à l'autre. On pouvait ainsi effacer en partie le kyste en gonflant outre mesure la trompe utérine.

C'est en ouvrant ces deux cavités qu'il me fut impossible de méconnaître la vraie nature de la maladie.

La trompe offrait à sa face interne les plis à moitié effacés de sa membrane muqueuse et montrait ainsi qu'elle était le siège, outre une ampliation mécanique, d'une sorte de travail nouveau ; car les plis longitudinaux qui la sillonnent, véritables valvules conniventes soutenues profondément par une sorte de derme fibreux, ne s'effacent point à l'état normal, quelque forte que soit la distension du canal. A deux centimètres avant son abouchement dans le kyste, une sorte de bourrelet, de valvule transversale peu extensible, représente l'orifice abdominal de la trompe.

De cette saillie jusqu'à l'abouchement, le canal redevient très ample, tapissé des mêmes plis longitudinaux : ces plis sont évidemment les franges du pavillon réunies par une membrane de formation nouvelle; car on sait que ces franges, à l'état normal, ne sont que l'épanouissement des plis de la muqueuse.

La communication avec le kyste se fait alors par un orifice bien net et comme tranchant, assez régulièrement circulaire et sur lequel viennent mourir les derniers débris des franges. Le kyste

lui-même était-il bien né de l'ovaire ? En effet, il n'est pas besoin d'examiner un grand nombre de femmes pour reconnaître que ces kystes des ligaments larges, nommés généralement kystes de l'ovaire, peuvent naître d'une foule de points différents : du péritoine, des faces de l'utérus, de tous les points possibles de la trompe, du ligament de l'ovaire et surtout des débris du corps de Wolf, de l'organe de Rosenmuller Au début du développement de ces kystes, il est facile d'apprécier leur origine ; mais quand ils ont grossi, cela devient tout à fait impossible.

Il est un caractère pourtant qui n'appartient qu'aux kystes nés de l'ovaire lui-même ; c'est quand la glande ovarienne, effacée en partie et étalée en une sorte de membrane, forme paroi au kyste à son bord interne ; comme dans les bourses, le testicule, faisant ou non partie des parois du kyste, fait connaître le siège, le point de départ de l'hydrocèle. Eh bien, ce caractère existait ici de la façon la plus évidente, et nous avions sous les yeux un kyste né de l'ovaire ».

Observation XI

Richard

Très peu de jours après, je trouvai sur une autre femme, mais beaucoup plus âgée que la précédente, une pièce exactement semblable. Je l'ai laissée à dessein sans la disséquer ni l'ouvrir pour qu'elle fût plus démonstrative. Le kyste ovarien, moins volumineux, mais à parois plus épaisses, est étreint comme dans un cercle par le canal rubané, beaucoup plus dilaté proportionnellement que dans le cas précédent, et qui, s'enroulant, s'abouche à la face postérieure de la poche tout près de l'ovaire. Dans les parois du kyste, en partie vide, on sent très bien en dedans la glande ovarienne étalée, point de départ évident de la poche morbide.

Observation XII

Richard

Chez une troisième femme, morte de péritonite puerpérale, je vis l'ovaire et la trompe du côté droit dans un état parfaitement normal. L'ovaire de ce côté renfermait encore le corps jaune de gestation. Du côté gauche, je trouvai ce que je viens de décrire dans les deux cas précédents, mais avec des particularités remarquables. La poche ovarienne n'était pas considérable ; elle était multiloculaire ; l'ovaire, tout en constituant sa paroi interne, faisait saillie en ce point, au lieu de s'étaler, car il était hypertrophié. Plus, au côté externe de la poche, venait la communication avec la trompe, s'opérant d'abord par un canal court et assez étroit auquel succédait une ampliation tubaire plus brusque, plus sphérique que dans les cas précédents et n'envahissant point autant l'intérieur du conduit. Par suite de la cause de la mort, cette pièce était complètement putréfiée ; j'espérais la conserver mieux en l'insufflant, mais elle fut perdue.

Observation XIII

Richard.

Enfin, une dernière pièce, prise sur une jeune phtisique morte à la Charité, permet de saisir, en quelque sorte sur le fait, ce travail pathologique commun de l'ovaire et de son canal excréteur. Ici, avant la dissection, on ne voit d'abord que l'ampliation de la partie externe de la trompe, et l'on croirait à une hydropisie propre du canal greffé sur l'ovaire. L'ovaire lui-même semble n'offrir d'autre changement qu'une notable augmentation de volume, mais, en le comprimant, on le sent fluctuant, plein de liquide ; et, l'ouverture des parties étant faite, on voit la poche tubaire, comme dans les exemples rapportés plus haut, s'ouvrir par un orifice rétréci et régulièrement circulaire dans l'intérieur du kyste ovarien, creusé au centre même de la glande. C'est là, on peut le dire, le premier âge de la maladie.

Observation XIV

Gottschalk. — (Traduite de l'Allemand).

Gottschalk montre un utérus myomateux avec un kyste tubo-ovarien gauche contenant du sang pur, extrait par la laparotomie en novembre 1888. La préparation provient d'une femme de 34 ans, qu'il avait traitée pendant un an pour des pertes utérines, et qui eut tout à coup des signes de compression si violents qu'elle dut être opérée aussitôt. Une tentative faite pour repousser dans le grand bassin l'utérus myomateux, fortement engagé dans le petit bassin, avait échoué.

La trompe gauche fait partie, dans sa moitié externe seulement, du kyste tubo-ovarien; dans sa moitié interne, elle est normale. Elle est de plus en plus dilatée à mesure que l'on s'approche de l'orifice ostial; enfin, elle se confond avec un kyste de la grosseur d'une pomme. A l'embouchure de la trompe, dans le kyste, on trouve une sorte de clapet. La tumeur ressemble à une cornue; la trompe et l'ovaire ne peuvent être séparés; les franges du pavillon sont tombées à l'intérieur du kyste. Le tissu ovarien a complètement été transformé en paroi kystique. L'ovaire semble avoir renfermé un kyste hématique, dont le contenu s'est ensuite évacué dans la trompe adhérente. L'orifice utérin de la trompe était perméable. Le contenu du kyste était du sang pur, de couleur sombre.

Observation XV

Terrillon

Mme Zoé M..., âgée de 66 ans, entre le 8 septembre 1888 pour une tumeur douloureuse du ventre, qui s'accompagne d'un écoulement utérin abondant. Cette femme a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 63 ans; à 18 ans, elle est accouchée péniblement d'un enfant mort et non à terme. La ménopause est survenue à 40 ans.

Début. — Il y a trois ans environ, à la suite de chagrins et de fatigues excessives, elle aurait vu sa santé s'affaiblir et ses forces

décliner ; les mictions devinrent pénibles, douloureuses, et la malade souffrait dans la matrice. Il y a deux mois environ, elle fut prise brusquement, une nuit, d'abondantes pertes d'un liquide analogue au sang des règles ; les jours suivants, de rouge il devint jaune foncé ; puis de plus en plus pâle, colorant à peine le linge, mais l'empesant fortement. L'abondance de ce liquide était telle que la malade, suivant sa comparaison triviale mais caractéristique, coulait comme un robinet de fontaine, qu'elle ne pouvait se lever ni marcher sans qu'on la suive à la trace ; elle était contrainte de passer les journées assise, se garnissant avec un drap plié en 10 ou 15 doubles, qui était complètement trempé au bout de la journée. Ce liquide n'avait d'ailleurs aucune mauvaise odeur.

Etat actuel. — Santé générale bonne ; mais amaigrissement et affaiblissement marqués. Ventre gros ; régulièrement arrondi et surtout saillant au-dessous de l'ombilic. Ventre douloureux à la pression, et douleurs s'irradiant vers la région inguino-crurale. Région sus-pubienne très sensible aussi. La palpation fait constater une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, occupant les régions hypogastrique et ombilicale, et débordant vers les flancs, surtout du côté gauche. A la percussion, la ligne de matité passe à environ 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et gagne le flanc gauche, où la matité est complète. Le flanc droit, dans sa partie la plus déclive, est sonore. La consistance est ferme, dure à gauche, tendue, comme kystique à droite ; mais cette dernière sensation n'est pas assez nette pour qu'on puisse affirmer la nature liquide de la tumeur. Au toucher vaginal, on trouve l'orifice du col très dilaté, laissant pénétrer la moitié de la phalange. La masse utérine est abaissée ; les culs-de sac ont disparu ; l'antérieur surtout est rempli par une saillie énorme, arrondie, tendue et douloureuse à la pression. Le col participe aux mouvements imprimés à la masse abdominale. La malade perd par le vagin un liquide jaunâtre, abondant, trempant rapidement sa chemise et les alèzes dont on la garnit. Le liquide n'a pas d'odeur ; il laisse des taches plus ou moins foncées sur le linge, qu'il empèse fortement. Les mictions sont difficiles ; elles ont donné lieu, il y a quatre jours, à des douleurs intolérables. Il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs.

En présence de ces symptômes, le diagnostic, porté d'abord par M. Jalaguier, fut tumeur maligne de l'utérus, probablement sar-

come, diagnostic confirmé par M. Terrillon. La malade fut tenue quelque temps en observation ; le 10 octobre, un mois après son entrée à l'hôpital, le ventre avait notablement grossi, ce qui justifiait le diagnostic de tumeur maligne ; la malade souffrait davantage ; elle ne pouvait plus se coucher sur le côté gauche sans éprouver une gêne extrême, des douleurs, des étouffements. Opération le 18 octobre. Durée 55 minutes ; on ne trouve ni une tumeur solide, ni une tumeur utérine, mais un kyste de l'ovaire gauche, rempli d'un liquide filant, jaune rougeâtre et très adhérent à l'utérus. Cette adhérence se faisait par un pédicule large comme une pièce de 5 francs, très court et implanté sur le fond et la face antérieure de la matrice.

Examen microscopique. — La tumeur, examinée aussitôt après l'ablation, nous apparaît essentiellement constituée par un kyste du volume d'une tête d'adulte. La surface externe de ce kyste est parsemée de bosselures grosses comme une noix ou une noisette, contenant les unes un tissu de végétation rose, mollasse, visqueux, qui fait hernie dès qu'on a sectionné l'enveloppe ; d'autres, et c'est le plus grand nombre, une bouillie brun noirâtre, due à un épanchement de sang plus ou moins ancien. On voit encore sur cette surface externe, du côté gauche, et comme rampant sur la paroi du kyste, une saillie allongée et sinueuse, bosselée, étranglée çà et là, s'effilant vers la profondeur, où elle offre tous les caractères de la trompe et fait partie du pédicule ; dans cette partie effilée, son diamètre atteint encore celui du petit doigt ; sa consistance est ferme, sa portion la plus renflée, de consistance mollasse, assez comparable comme forme et comme dimensions à une saucisse, se termine en s'étalant et se fusionnant avec la paroi kystique, sans qu'on puisse trouver trace du pavillon avec ses franges. Nous ouvrons longitudinalement cette portion renflée et molle de la trompe, et nous la trouvons presque totalement remplie par un tissu végétant, rougeâtre et friable. Mais voici ce qui nous a paru le plus intéressant : d'un côté la cavité de la trompe se rétrécit sans cesser d'être perméable et présente des végétations de moins en moins nombreuses ; de l'autre, elle se continue à plein canal par un orifice qui admet facilement l'index, avec la grande cavité du kyste. Le kyste est maintenant largement ouvert ; nous constatons d'abord un épaississement très variable de la paroi ; celle-ci, par places, est simple-

ment fibreuse ; ailleurs, elle est ereusée de logettes qui renferment les unes ce tissu végétant, les autres une bouillie sanguinolente. La surface interne est d'ailleurs partout tomenteuse et présente une coloration alternativement rouge et jaunâtre. Vers l'orifiee de communication avec la trompe, on voit des végétations extrêmement ramifiées, mollasses, analogues à celles qui remplissent et la cavité voisine de la trompe et les logettes creusées dans l'épaisseur de la poehe principale. En résumé, il s'agit d'un kyste pauci-loculaire végétant de l'ovaire, communiquant avec la trompe correspondante d'un kyste tubo-ovarien.

Examen au microscope. — Au niveau des végétations, la paroi du kyste nous a montré des saillies et des enfoncements multiples revêtus ou tapissés d'épithélium, présentant l'aspect de villosités ou de glandes en tubes extrêmement ramifiées. L'épithélium est tantôt disposé en une seule couehe et cylindrique, très allongé ; tantôt sur plusieurs eouches : la superficielle, formée de cellules allongées, les profondes, de cellules polygonales.

Observation XVI

Runge. — (Traduite de l'Allemand)

« Mme U..., de Saint-Pétersbourg, 37 ans, 15 ans de mariage, stérile. Elle fut réglée à 16 ans, depuis neuf ans, les règles qui avaient été jusque-là régulières et non douloureuses, deviennent irrégulières et douloureuses, accompagnées de maux de tête et de vomissements ; les douleurs se faisaient surtout sentir dans le côté droit du ventre ; plus tard, ces douleurs ont persisté même en dehors des règles, dans les mouvements violents ou dans les mouvements faits pour se baisser ou soulever un objet. Depuis quelques années, elle avait un éeoulement, cet écoulement avait son origine dans la tumeur, qui depuis quelque temps avait diminué de volume. Les douleurs augmentant, la malade se présenta à la elinique. Les règles avaient eu lieu la semaine précédente, aceompagnées des douleurs que nous avons signalées ».

La malade présente une bonne constitution générale, un examen des organes internes ne laisse rien voir de particulier.

Par la palpation de l'abdomen, on tombe sur une tumeur douloureuse ; au-dessus des branches horizontales du pubis, elle se continue dans la profondeur du bassin.

Par le toucher et le palper combinés, on trouve un utérus de volume normal et normalement placé ; le col avec son orifice singulièrement étroit. A droite de l'utérus existe une tumeur fluctuante, du volume d'un poing environ, elle est très sensible, mobile, reliée à l'utérus par une sorte de cordon assez gros.

On examine plus minutieusement sous le chloroforme et on trouve que la tumeur se compose de deux parties séparées par une dépression sensible. La partie la plus rapprochée de l'utérus est très tendue, elle se termine par une sorte de cordon gros comme un doigt, allant vers l'utérus, sinueux et s'amineissant nettement. La partie externe, plus petite, est dure et inégale, un cordon allant vers l'utérus s'en détache.

L'ovaire gauche présente un volume normal. A droite, en dehors de la tumeur, on ne peut rien palper qui puisse être identifié à un ovaire.

Diagnostic. — De tout cela il résulte que l'on peut accepter sûrement l'idée d'une tumeur de l'ovaire droit.

Il était difficile d'interpréter la partie sinueuse allant vers l'utérus ressemblant à une saucisse ou à un intestin. On pouvait penser à un hydrosalpinx ou à un pyosalpinx. Il ne fallait pas exclure l'idée d'une tumeur tubo-ovarienne, j'émis cette hypothèse.

Je proposai l'ablation, elle fut acceptée et faite le 10 juillet 1884.

L'opération n'offrit rien de bien remarquable. Lorsque la paroi fut incisée, la tumeur fut mise à nu. C'était une tumeur kystique du côté droit, fixée à l'utérus par la trompe dilatée. Pas d'adhérences. Le pédicule, large et très vasculaire, nécessita un grand nombre de ligatures.

L'examen montra qu'il s'agissait d'un kyste tubo-ovarien. La tumeur est divisée en deux parties par une profonde dépression : une partie à laquelle tient l'ovaire grossi et épaissi, une partie considérablement plus grosse se terminant par la trompe sinueuse ; elles sont fluctuantes. La partie la plus grosse contient 150 grammes d'un liquide jaune, clair, non visqueux. Ce liquide ne se coagule pas par le repos et ne se trouble que légèrement par l'ébullition. Densité : 1015. Après évacuation, les deux parties s'affaissent,

mais la dépression qui les sépare existe toujours ; si l'on introduit une sonde, on voit qu'elles communiquent largement.

Anatomie pathologique (Thoma). — La pièce comprend la trompe droite, l'ovaire droit et la portion du ligament comprise entre eux deux. La trompe paraît dilatée, tortueuse, variqueuse. Elle se confond sans transition nette avec un kyste du volume d'une pomme environ et dont les parois sont minces : le kyste est ouvert, son contenu évacué, au-dessous du kyste se trouve l'ovaire gros, cylindrique, épais. Dans le tissu de l'ovaire existent de nombreux follicules de de Graaf et un gros corps jaune.

Kyste et ovaire sont solidement soudés et inséparables, la transition est marquée presque partout par un sillon net.

Dans le triangle formé par la trompe, l'ovaire et le kyste, on remarque plusieurs bandes de tissu conjonctif nouvellement formé.

La cavité du kyste, dont les parois sont minces, se confond par l'intermédiaire d'un rétrécissement semblable à un collier avec celle de la trompe médiocrement dilatée. Partant de ce rétrécissement semblable à des rayons, on peut voir à la face interne du kyste cinq ou six formations semblables à des plis. On incise maintenant la trompe et on remarque que ces formations, semblables à des plis, sont la continuation des nombreux plis de la muqueuse tubaire. On voit en même temps que la trompe est perméable dans toute sa longueur, son calibre au voisinage de l'utérus paraît très étroit.

A l'aide du manche d'un scalpel, la paroi se laisse facilement diviser en deux couches. C'est d'abord une couche faisant suite à la tunique musculaire et à la muqueuse de la trompe peu altérée, tandis que la couche externe correspondant à la séreuse s'étend sur tout le kyste.

En un endroit A, placé dans la paroi du kyste, latéralement, non loin de l'attache de l'ovaire, on remarque une cicatrice ronde déprimée, de 3 à 4 millim. de diamètre. Vers cette cicatrice, comme vers un pôle, convergent les fibres de la musculeuse et aussi la séreuse. A cet endroit, muqueuse, musculeuse et séreuse sont intimément soudées et confondues.

On coupe maintenant l'ovaire suivant sa longueur. On voit que le gros kyste communique avec une deuxième cavité kystique, placée complètement à l'intérieur de la substance ovarienne. Cette cavité forme, avec celle déjà décrite, un gros kyste à deux compar-

timents, auquel on peut reconnaître une partie ovarienne et une grosse partie tubaire. A la surface externe de la pièce, la limite de ces deux parties est marquée par le sillon décrit plus haut ; à l'intérieur cette limite est marquée par un rebord saillant. L'orifice qui fait communiquer les parties ovarienne et tubaire paraît être dû à un défaut de la musculeuse tubaire, qui n'explique aucun ostium préformé, mais qui a dû se produire secondairement.

Diamètre de la partie ovarienne du kyste : 20 à 25 millim. La face interne est lisse, elle présente deux saillies formées par des follicules de de Graaf, du volume d'un pois, et placés dans le stroma ovarien, au voisinage de la surface interne du kyste. On trouve encore, sur cette surface de la partie ovarienne, une dépression où la paroi offre un aspect cicatriciel.

La surface de cette partie du kyste n'est pas directement formée par le tissu de l'ovaire, elle offre une légère couche du tissu conjonctif, de 0,5 à 0,8 millim. d'épaisseur.

A cette couche est accolé le tissu ovarien, mais il ne peut pas en être séparé par le manche du scalpel. Si, en commençant dans la partie tubaire, on essaye de séparer la muqueuse de la musculeuse, on n'y parvient que jusqu'à la transition entre la partie ovarienne et la partie tubaire. Enfin, il faut dire qu'en plusieurs endroits existent des taches pigmentées en jaune orangé. La partie tubaire se compose d'une muqueuse, d'une musculeuse et d'une séreuse. La cicatrice A marque évidemment la place de « l'ostium abdominale fermé ».

Observation XVII

Robinson. — (Traduite de l'Anglais)

Il s'agit ici d'un kyste tubo-ovarien que le docteur Franklin Martin a opéré, et qu'il m'a transmis pour un examen plus complet.

Le docteur Martin avait fait le diagnostic de kyste de la trompe droite, il penchait vers un pyosalpinx ; à la laparotomie, il trouva un kyste qui contenait environ 3 onces de liquide. Il y avait beaucoup d'adhérences, il fut cependant enlevé sans grande difficulté et sans déchirure. Du côté gauche, il y avait une sérieuse salpingite et de la pelvipéritonite. Les adhérences autour de l'extrémité

de la trompe étaient compactes, la trompe et l'ovaire furent enlevés avec de grandes difficultés.

En examinant de plus près la trompe gauche, on y trouva de la salpingite, de l'endosalpingite. Les parois tubaires étaient épaissies et tuméfiées, des adhérences anciennes et des exsudats tapissaient le tiers externe de la trompe, tout cela paraissait dû au gonocoque. L'épaisseur du péritoine était très caractéristique d'une infection par le gonocoque. La malade se plaignait de douleurs depuis deux ans avec exacerbation au moment des règles; elle cherchait un soulagement dans l'opération. Elle avait une histoire nette de gonorrhée, l'état de la trompe confirmait ce diagnostic.....

Le kyste contenait :

1° Trois onces d'un liquide limpide ;

2° Des cellules épithéliales, quelques-unes ciliées. Elles étaient cylindriques, cubiques et aplaties ;

3° Des cristaux en forme de noyaux de prune, de couleur jaune brun, peu nombreux, c'étaient sans doute des cristaux d'hématoïdine qui indiquaient qu'il y avait eu autrefois du sang dans le kyste ;

4° Une substance gélatineuse, hyaline ;

5° Çà et là sur la paroi des granulations pigmentaires.

Par la chaleur, le liquide s'éclaircissait ; traité par l'alcool, il se formait un précipité blanc qui se redissolvait ensuite. L'acide nitrique donnait un précipité de paralbumine.

En ouvrant le kyste, on voyait sa surface interne lisse tant sur la partie ovarienne que sur la partie tubaire ; on ne pouvait voir de plis tubaires sauf à l'extrémité utérine. On ne voyait pas de franges. La trompe était ouverte du côté de l'utérus, la portion interstitielle était sans doute aussi perméable ; dans ces conditions, le kyste pouvait se vider lorsqu'il devenait trop distendu. Il se produisait ainsi par trop-plein un écoulement périodique tout comme dans une source qui, périodiquement, laisse écouler ses eaux lorsque ses réservoirs sont pleins ou que le niveau dépasse une certaine limite. J'ai pu, en pressant sur le kyste, faire sortir du liquide à l'extrémité de la trompe, goutte à goutte...

Le sillon marqué autour du kyste indiquait la grande part que l'ovaire a prise à sa formation. Le tissu ovarien était serré, dur et fibreux, il était étalé comme un bouclier pour fermer l'extrémité abdominale de la trompe dilatée Il n'y avait pas de trace de fran-

ges. Il n'y avait pas de muqueuse dans le tiers externe de la trompe, à peine quelques fibres musculaires ; muscles et muqueuse avaient été détruits par la pression constante qu'exerçait le liquide. En y regardant de près, on pouvait voir la transition entre l'ovaire et la trompe. Le liquide était certainement dû à la partie ovarienne ; il semblait peu probable que le peu de muqueuse qui existait dans l'isthme fût capable d'entretenir un kyste aussi vaste ».

Observation XVIII

Labbé

M. Labbé montre un kyste tubo-ovarien du côté droit. La masse était mi-partie solide, mi-partie liquide. A gauche se trouve une tumeur de même nature. L'utérus, dans un état d'antéversion complète, était immobile. A travers la paroi abdominale on sentait une tumeur bosselée; mais, par le toucher, on ne sentait aucune saillie anormale dans les culs-de-sac vaginaux. La malade, qui présentait ces lésions, était entrée à l'hôpital pour une métrorrhagie et avait succombé à tous les signes d'une infection purulente. L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche était remplie de pus. Cette infection était survenue sans causes au moins appréciables, M. Labbé n'a trouvé aucune trace de pus dans les veines du bassin.

Observation XIX

Von Ott. — (Traduite de l'Allemand)

Mlle S. P. L.. , âgée de 27 ans, vierge, réglée à 15 ans; ses règles sont régulières, durent trois à quatre jours, et reviennent toutes les trois semaines. La date de la dernière menstruation est le 17 janvier 1892. Les premiers symptômes de la maladie ont apparu il y a un an, la malade avait des douleurs continuelles à droite, dans le bas-ventre. Un médecin, consulté, en attribua la cause à une tumeur qu'il constata, et lui dit que le seul moyen de supprimer la douleur était une opération.

Etat actuel. — L'examen rectal (le toucher vaginal étant extrê-

mement douloureux à cause de l'intégrité de l'hymen) permit de toucher un utérus normal quant à son volume, sa forme et sa mobilité. Cet utérus n'est pas sensible à la pression.

Les annexes gauches sont normales. A droite, dans le bas-ventre, existe une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'enfant, élastique, mobile. Si on palpe la tumeur et qu'on la déplace, ou détermine des douleurs très vives; on peut cependant constater ces rapports de la tumeur avec l'utérus, et plus particulièrement avec la corne droite. D'après ces constatations, on porte le diagnostic dégénérescence kystique des annexes droites avec complication d'altérations inflammatoires répondant à une torsion du pédicule. Le 7 février 1892, on fit la laparotomie. On vit qu'il y avait un kyste du parovarium en rapports intimes avec la trompe dilatée. L'ovaire était complètement indépendant de la tumeur, deux ou trois fois plus gros que d'ordinaire, recouvert par places de tissu néoformé. Il contenait un petit kyste à parois translucides. Le pédicule, constitué par une partie du ligament large, fut lié et la tumeur fut enlevée. L'ovaire gauche sembla normal et fut conservé. La trompe gauche est plus courte qu'à l'état normal et présente un sillon à sa partie moyenne. A ce niveau, la trompe a la grosseur d'un fil de soie et elle est obstruée. De chaque côté de ce rétrécissement, la trompe s'élargit. Pas d'adhérences autour de la trompe gauche, qui est liée et enlevée. La paroi abdominale fut réunie par trois plans de suture. La convalescence se passa sans fièvre. Quatre jours après l'opération, les règles apparurent, furent normales et indolores. La malade sortit le 2 mars complètement rétablie.

Si on examine soigneusement la pièce, on voit que la trompe, l'ovaire et le parovarium sont faciles à différencier. La longueur de la trompe est normale ; à partir de son extrémité utérine, elle devient variqueuse et se dilate progressivement vers son extrémité frangée. Elle est confondue, sur presque toute sa longueur, avec le kyste du parovarium. A la place des franges, la trompe présente trois saillies, entourées par un réseau vasculaire et un revêtement de fausses membranes qui se voient sur toute son étendue : elles fixent les diverses parties de sa sinuosité au kyste. On ouvre la tumeur, on constate que sa face externe est complètement lisse, tapissée par un épithélium vibratile. La cloison intermédiaire au kyste et à la trompe est à peine de l'épaisseur d'une feuille de papier ; par places, elle est

déjà si mince que le liquide contenu dans la trompe était sur le point de communiquer avec celui du kyste.

A la surface interne de la trompe dilatée, on ne voit rien de particulier, excepté quelques légers épaississements en forme de plis dans la région frangée. Cet état anatomique permet d'interpréter un kyste tubo-ovarien, et nous avons devant nous le stade dans lequel les deux cavités (trompe dilatée et kyste du parovaire) commencent à se confondre.

Observation XX

Orthmann

Je veux encore publier ici un cas type de kyste tubo-ovarien. Le kyste était de la grosseur du poing et était en forme de cornue. La surface extérieure du kyste était recouverte d'adhérences, semblables tantôt à des cordons, tantôt à des membranes. Le contenu du kyste était un liquide clair. Dans le premier tiers de la trompe, on voyait, à la coupe, deux plis transversaux saillants et déterminés certainement par la coudure de la trompe. Les plis de cette trompe passent et se perdent dans le premier tiers de la grande cavité kystique.

L'hypothèse que la plus grande partie du kyste terminal sphérique était formée par un kyste de l'ovaire fut confirmée par l'examen microscopique. Tandis que, dans la région des plis, on voyait encore des plis de la muqueuse de la trompe recouverts, en beaucoup de places, d'un épithélium vibratile, et qu'on y trouvait aussi quelques faisceaux musculaires rares, la structure de la paroi lisse était toute différente. L'épithélium de revêtement était aplati, cubique ; en certaines places, il y avait des cellules fusiformes ; cet épithélium reposait sur une couche de tissu conjonctif. Au-dessus était une couche plus ou moins épaisse de tissu ovarien, dans lequel on rencontrait quelques corps fibreux et quelques follicules. Il s'agit ici d'un kyste tubo-ovarien, formé par la réunion d'un hydro salpynx avec un kyste folliculaire, suivant la théorie de Burnier.

Observation XXI

Blasius. — (Commentatio de hydrope ovariorum profluente)

Il s'agit d'une femme qui mourut, à 27 ans, du choléra. Depuis deux ans, avaient apparu une, puis deux tumeurs dans le ventre. Elles n'avaient jamais produit d'écoulements par les parties génitales.

On trouva à l'autopsie une double affection multiloculaire kystique des ovaires.

L'utérus était placé à peu près au milieu, entre les deux tumeurs, il était un peu gros, il contenait une matière brun jaunâtre. Les trompes atteignaient 9 à 10 pouces de longueur, elles étaient étendues sur les ovaires et leur adhéraient presque partout, mais surtout dans la région des franges, de telle sorte que celles-ci étaient placées extérieurement sur la surface antérieure des tumeurs à la façon des doigts de la main. La trompe droite était perméable depuis l'utérus jusqu'à l'ovaire ; ouverte suivant sa longueur, on la voyait remplie du même liquide que l'utérus et elle se perdait dans une loge de l'ovaire droit, loge sans doute déjà évacuée.

La trompe gauche n'était perméable que dans la moitié de son trajet.

Observation XXII

Schramm

Il s'agit d'une femme de 41 ans qui, à 19 ans, fut atteinte de blennorrhagie. Cinq mois après son mariage, elle avorta, et depuis elle ressentit de vives douleurs lombaires et abdominales, surtout du côté gauche. Les règles devinrent irrégulières. Le 9 janvier 1900, Schramm trouva l'utérus déplacé à droite; une tumeur placée contre lui du côté gauche, et cette tumeur était de la grosseur d'un poing, élastique et paraissant fixée. A sa partie supérieure, elle présentait un bourrelet. Incertitude entre tumeur de l'ovaire et kyste tubo-ovarien. Le 5 février 1890, laparotomie ; on trouve un kyste tubo-ovarien adhérent de toutes parts. La trompe, grosse comme le

pouce, ressemble à un intestin ; elle communique avec le kyste. La tumeur fut incisée et son contenu évacué. Pendant l'opération, la malade eut une hémorragie assez abondante, et, grâce à deux déchirures, 200 grammes environ d'un liquide hémorragique, contenant un peu de pus, s'écoulèrent dans l'abdomen.

A gauche, existait une tumeur de la grosseur d'une petite pomme. C'était un kyste de l'ovaire. La trompe hydropique était accolée à ce kyste.

Le 26 février, la malade partait guérie.

L'examen de la tumeur, fait par Neelsen, montra que l'extrémité utérine de la trompe présentait un orifice très étroit à peine perméable à un fin stylet. La surface externe du kyste et de la trompe était recouverte de fausses membranes. La trompe, dilatée, communique par un orifice presque circulaire de 4 millimètres avec le kyste. Les plis de la muqueuse tubaire rayonnent à la façon d'un éventail sur la paroi interne du kyste et s'y terminent insensiblement. Au microscope, on trouve des restes d'ovaire avec quelques cicatrices anciennes et des follicules kystiques. La cavité du gros kyste était revêtue par un épithélium à cellules cylindriques.

Observation XXIII

Cullen. — (Traduction de l'anglais).

Femme de 38 ans. Se plaint de douleurs constantes et de pesanteur au niveau de l'ovaire gauche. Pas d'enfants ni de pertes. Réglée à 16 ans ; les dernières règles ont eu lieu, il y a trois ou quatre jours. Parfois elles viennent facilement, parfois elles s'accompagnent de douleurs vives. Depuis le mariage, la dysménorrhée a augmenté et les douleurs sont localisées à gauche.

Opération. — On fait une double salpingo-oophorectomie. A gauche, la tumeur est saillante et nettement fluctuante. Elle est libérée de ses adhérences avec le rectum et le pelvis. On enlève la tumeur et la trompe au ras de la corne utérine. Guérison.

Examen des pièces. — A droite, l'ovaire est transformé en kyste. Il est irrégulièrement lobulé et fluctuant. La trompe, à partir de 1 centim. 1/2 de la corne, adhère au kyste, le contourne en se dila-

tant progressivement et se termine dans une ampoule. La forme de la trompe, dans son ensemble, rappelle assez une pipe. La face postérieure est dépolie par suite des nombreuses adhérences qu'elle présente. Elle renferme un liquide transparent. En sectionnant le kyste sur le côté droit, on voit qu'il y a deux cavités ; une plus grande, l'autre plus petite. Leur paroi est lisse. La trompe paraît courir en dehors du kyste. La portion médiane de la trompe présente un aspect trabéculaire. L'extrémité renflée de la trompe communique avec le plus grand kyste par une ouverture irrégulièrement ovale. Les bords de l'ouverture sont mousses et arrondis. A gauche, kyste de l'ovaire. La trompe est si mutilée qu'il est impossible d'en donner une description.

Examen microscopique. — A droite, la paroi de la trompe est beaucoup moins épaisse que normalement. La tunique musculaire est normale. La muqueuse est très altérée. La lumière de la trompe est à peu près cylindrique et, de place en place, donne naissance à des franges plus courtes que normalement. En certains endroits, ces franges adhèrent et envoient des prolongements qui s'anastomosent de manière à former des trabécules. Toutes ces formations sont recouvertes d'un épithélium cubique, qui paraît partout intact. La paroi du kyste est surtout formée de tissu conjonctif pauvre en noyaux. L'épithélium est cubique. — Diagnostic : kyste tubo-ovarien à droite; kyste simple à gauche.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 Juillet 1903.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 Juillet 1903.
Le Doyen,
MAIRET.

CONCLUSIONS

1° Un kyste tubo-ovarien est constitué par un kyste de l'ovaire en communication avec la trompe, plus ou moins malade et plus ou moins dilatée ;

2° Pour qu'il y ait kyste tubo-ovarien, il faut :

a) Une inflammation dont le résultat est la formation de salpingite, de péritonite, d'adhérences, de fausses membranes;

b) Une dégénérescence de l'ovaire ;

3° Les kystes tubo-ovariens offrent plusieurs variétés :

a) Le plus grand nombre résultent de ce qu'une trompe fortement atteinte de salpingite, dilatée en « sacto-salpinx », a été accolée avec un kyste de l'ovaire et de ce que la cloison qui les séparait a disparu par atrophie de « pression » ;

b) Rarement ils sont constitués par une trompe à peine malade, — légèrement dilatée, n'ayant jamais été un « sacto-salpinx véritable », — communiquant avec un kyste de l'ovaire;

c) Quelques-uns sont dus à l'existence d'un exsudat qui se forme autour de l'extrémité abdominale de la trompe, qui s'entoure d'une poche encapsulante « pyocèle péritubaire » plus tard en rapport et communiquant avec l'ovaire kystique.

4° Les kystes tubo-ovariens n'offrent pas un diagnostic certain ;

5° Leur seul traitement consiste dans l'ablation par la laparotomie.

BIBLIOGRAPHIE

Bauchet. Mém. de l'Acad. de Médecine, 1859, tom. XXIII, et Bull. de la Soc. de Chirurgie, tom. X.

Beaham. — Tub. ovarian adhésions. J. am. M. Ass. Chicago, 1900, XVXV, 539-540.

Beaucamp. — Ueber Tubo-ovarialschwangerschaft, Inaug. dissert. Berlin, juin 1884.

Bland-Sutton. — Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes. Londres, 1891, pag. 526.

Blasius. — Commentatio de hydrope ovariorum profluente. Halle, 1834.

Boivin (Mme) et Dugès. — Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes. Paris, 1833. Atlas.

Burnier. — Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1880. Bd., VIII, pag. 357, et 1881. Bd., VI, pag. 90.

Cabaniols. — Des kystes tubo-ovariens. Thèse. Paris, 1900.

Chambon. — Traité des maladies des femmes, livre VII, an IV, 5e partie.

Coelho. — Pathogenia dos kyst. tubo-ovarianos. Méd. contemp. Lisbonne, 1901, IV, 233-234.

Delbet. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1892, pag. 300.

Descomps et Da Silva Rio Bianco. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, novembre 1902, n° 9, pag. 909.

Doran. — Brit. med. Journ., 1887, pag. 781.

— Tumours of the ovari. pag. 168.

Elliot. — Amer. Journ. of Obstet., 1887, pag. 141.

Falk. — Ein Fall von tubo-ovarialschwangerschaft. Berlin, 1887.

Galdspohn. — Amer. Journ. of Obstet.. 1896, vol. XXXIV, pag. 647.

Gottschalk. — Centralblat für Gyn., 1891, n° 22, pag. 458.

Griffith. — Trans. Obstet. Soc. of London, 1er juillet, in Brit. med. Journ., 1887, pag. 1277.

Hartmann et Reymond. — Ann. de Gyn. et d'Obst., 1894, tom. XLII, pag. 172.

Hennig. — Monatsch. für Geb., 1862, tom. XX, pag. 128.

Hildebrandt. — Die neue Gynœk. Universitätsklinik zu Kœnigsberg. Leipsig, 1875, pag. 109.

Hoos. — Beiträge zur Kenntniss der tubo-ovarialcysten, 1901. Inaug. Dissert. Marburg, 1902.

Klob. — Patholog. anat. der Weibl. Sexualorgane. Wien, 1864, S. 347.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901.

Labbé. — Bull. de la Soc. anat., mai 1857, pag. 141.

— Leçons de Clinique chirurgicale, 1876.

Landau. — Ueber tubensäcke. Arch. f. Gyn., 1891. Bd., XL, pag. 1.

Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires, trad. française.

Legueu. — Comptes rendus de la Soc. d'obst. de Paris, juin 1899.

Letenneur. — Gaz. des Hôpitaux, 1859, n° 13, pag. 50-51,

Lober. — Doppelseitiger tubo-ovarialcysten. Dissert. Inaug. Berlin, 1885.

Martin. — Die Krankh. d. Eileiter. Leipsig, 1895.

Michaux. — Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie. Paris, 1901, pag. 1168.

Morgagni. — Lettre XXVIII.

Nassaüer. — Hydrorrhœa-ovarialis intermittens. Zur Lehre von den tub.-ov. Cysten. Münch. med. Wochenschr., 1900. n°s 7-9.

Olshausen. — Die Krankh. der Ovarien. Stuttgard, 1886, pag. 59.

Orthmann. — Arch. f. pathol. anat. u. phys., CLV, 2,

Pozzi. — Traité de Gynécologie, 1897.

Preiser. — Ein beitrag. zur Lehre von den tubo-ovarialcysten. Arch. f. Gynœc., 1901.

Reboul. — Ueber tubo-ovarialcysten. Dissert. Inaug. Berlin, 1885.

Richard. — Mém. de la Soc. de Chir., 1853, tom. III, pag. 121.

— Bull. de l'Acad. de Méd., 10 février 1857, tom. XXII, pag. 356.

— Bull. gén. de Thérap., 1857, tom. LII, pag. 152.

Robinson. — Amer. Journ. of Obst., 1891, tom. XXIV, pag. 1311.

Rokitansky. — Allg. Wien med. Zeit., 1859, n° 35.

Rosthorn. — Centralbl. f. Gyn., 1891, pag. 515, et Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Gyn., 1891, pag. 327.

— Beitr. zur Kenntniss der tubo-ovarialcysten. Billroth. Festschrift, 1892.

Runge-Thoma. — Archiv. für Gyn., 1885. Bd., XXVI, pag. 72.

Sachsen. — Ueber hydrop. ovarii profluens in Mediz. Beobach. und Bemerk., 1839. Bd., II, pag. 207.

Schæffer. — Zeitch. f. Geb. u. Gyn. Bd., XVII-II-I.

Schentaüer. — Wien Allg. Med. Zeitung, 1865. Bd., X, pag. 333.

Schneidemühl. — Deutsch. Zeitsch. f. Thiermed. u. Vergl. Pathol. 1883. Bd. IX, pag. 79.

Schramm. — Centralbl. f. Gyn., 1890, nº 53, pag. 593.

— Arch. f. Gyn., 1891. Bd., XXXIX, pag. 16.

Spencer Wells. — Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, 1883, pag. 20 et 21.

Terrillon. — Progrès médical, 1888, nº 49, pag. 472.

Thornton. — Transact. of the Obstet. Soc. of London, 1879, tom. XXI, pag, 117 (Traduct. P. Kodet).

Veit. — Krankheiten d. weiblichen Geschlechtsorgane. Erlangen, 1867, S. 481 (Citirt nach. Burnier).

— Lehrb. d. Frauenkr. Gotingen, 1870, pag. 633.

Von Ott. — Centr. f. Gyn., 1892, nº 37, pag. 721.

Vulliet. — Revue méd. de la Suisse romande, mars 1884, et Arch. f. Gynäk. Berlin, 1883-1884. Bd., XXII.

Wachsmuth. — Dissert. Inaug. Halle, 1885.

Waldstein. — Ueber periphere Tubensäcke und ihre Bedeutung für die Ætiologie der tubo-ovarialcysten. Mon. für Geb. und Gyn. Bd. XI, 1900.

Zahn. — Arch. f. pathol. anat. u. phys., CLI.

Zedel. — Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn., 1894.

Zweifel. — Arch. f. Gyn., 1891 Bd. XXXIX, pag. 353.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 5

HISTORIQUE 7

1re période 7
2me période 8

DÉFINITION 11

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 13

Considérations générales 13

1° Trompe 14
2° Ovaire 15
3° Partie intermédiaire à la trompe et à l'ovaire 17

Complications 19

PATHOGÉNIE 21

Théorie physiologique ou de l'ovulation 21
Théorie mixte ou catarrhale 24
Théorie pathologique ou inflammatoire 27
Théorie congénitale 31

Considérations personnelles 33

SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT 41

1° Symptomatologie 41
2° Diagnostic 43
3° Traitement 44

OBSERVATIONS 45

CONCLUSIONS 81

BIBLIOGRAPHIE 83

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.